Salud mental y migraciones

RED isir MIGRACIÓN Y SALUD

Junta de Andalucía | Consejería de Salud y Consumo

Créditos

Equipo editor

Nabil Sayed-Ahmad Beiruti
Amets Suess Schwend
Almudena Millán Carrasco

Autoría

Almudena Millán Carrasco
Amets Suess Schwend
Nabil Sayed-Ahmad Beiruti
Rafael García Galán
Ángel Martínez-Hernáez
Joseba Achotegui Loizate
Ifigenia Ana Frías Ocina
Manuel Cabrera Espinosa
Ana Parra Parra
Ainhoa Rodríguez García de Cortázar
Isabel España Ríos
Leticia García Panal
José Miguel Rodríguez Ferrer
Ana Manzano León
Ramón Rodríguez Gómez
Ricardo Angora Cáñego
Azahara Peña Rodríguez
Alba Villanueva Fernández
Eva Gallego Llerena

Título: Salud mental y migraciones.

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Coeditado con: Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. 2025.

ISBN: 978-84-09-64123-9

Diseño y maquetación: Juan Antonio Castillo Guijarro. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Responsabilidad de la edición: Nabil Sayed-Ahmad Beiruti, Amets Suess Schwend y Almudena Millán Carrasco. Escuela Andaluza de Salud Pública

Consejería de Salud y Consumo: https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: https://repositoriosalud.es/

Cómo citar el documento:

Sayed-Ahmad Beiruti, N., Suess Schwend, A. y Millán Carrasco, A. (Coord.). (2025). *Salud mental y migraciones.* Red iSir. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Esta monografía parte de la estructura y contenidos de la siguiente publicación:
Sayed-Ahmad Beiruti, N., García Galán, R. y González Rojo, E. (Coord.). (2008). *Monografía I. Salud mental en la inmigración*. Red iSir. Colección Inmigración y Salud. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública.

La monografía se enmarca en la *Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025*. Está coordinada por la Red iSir Migración y Salud, gestionada desde la Escuela Andaluza de Salud Pública junto a la Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones, Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Ha sido financiada con *Fondos para el Reasentamiento y Reubicación de Refugiados (S0671).*

Índice

Presentación
Rocío Hernández Soto Consejera de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía 9

Introducción
Almudena Millán Carrasco, Amets Suess Schwend, Nabil Sayed-Ahmad Beiruti y Rafael García Galán 11

El proceso de migración
Nabil Sayed-Ahmad Beiruti 18

Antropología y salud mental. Dilemas y desafíos contemporáneos
Ángel Martínez-Hernáez 33

Los siete duelos de la migración. El duelo migratorio extremo (Síndrome de Ulises)
Joseba Achotegui Loizate 50

Género y migración 73

- Introducción
  Ifigenia Ana Frías Oncina 73
- Necesidades de atención en salud mental de personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado
  Amets Suess Schwend 76
- Condiciones relevantes en la salud mental de las mujeres migrantes
  Manuel Cabrera Espinosa 84
- Manifestaciones clínicas más frecuentes
  Ana Parra Parra 88
- El papel de los y las profesionales y sugerencias para una intervención sanitaria
  Ana Parra Parra 92
- Reflexiones
  Ifigenia Ana Frías Oncina 96

La situación social y salud mental de niñas, niños y adolescentes migrantes 107

- Introducción
  Amets Suess Schwend 107
- Determinantes sociales de la salud mental de niñas, niños y adolescentes migrantes
  Ainhoa Rodríguez García de Cortázar 109
- El impacto psicológico de la migración en el desarrollo psicoevolutivo en infancia y adolescencia
  Isabel España Ríos 113
- Familias migrantes en transición como contexto clave en la salud mental infanto-juvenil
  Leticia García Panal 123
- Propuestas de trabajo preventivo
  José Miguel Rodríguez Ferrer y Ana Manzano León 128

El difícil camino emocional hacia la emancipación de las personas jóvenes migrantes extuteladas
Ramón Rodríguez Gómez 131

Claves y recomendaciones
Amets Suess Schwend 145

La salud mental de las personas en desplazamiento forzado 154

Introducción
Almudena Millán Carrrasco 154

El proceso migratorio de personas en desplazamiento forzoso y su impacto en la salud mental
Ricardo Angora Cañego 157

La experiencia en centros de acogida para personas solicitantes de asilo y su impacto en la salud mental
Azahara Peña Rodríguez 163

Aspectos relevantes para la salud mental en población solicitante de asilo y/o refugiada atendida en la comunidad
Ana Parra Parra 170

Análisis de la situación y claves de la salud mental de las mujeres en desplazamiento forzado por razón de género
Alba Villanueva Fernández 175

Salud mental en personas en desplazamiento forzoso por razones de orientación sexual o identidad de género
Eva Gallego Llerena 179

Claves y recomendaciones
Almudena Millán Carrasco 193

Claves y recomendaciones para la atención en salud mental de personas migrantes y en desplazamiento forzado
Almudena Millán Carrasco, Amets Suess Schwend y Nabil Sayed-Ahmad Beiruti 202

Autoría

Nombre	*Titulación y rol profesional*	*Centro*
Almudena Millán Carrasco	*Licenciada en Psicología y Diplomada Universitaria en Trabajo Social* *Profesora*	*Escuela Andaluza de Salud Pública*
Amets Suess Schwend	*Doctor en Antropología Social*	*Escuela Andaluza de Salud Pública*
Nabil Sayed-Ahmad Beiruti	*Psiquiatra*	*Red iSir Migración y Salud*
Rafael García Galán	*Trabajador social*	*Alcalá de Guadaira Don Paulino García Donas (A.G.S. Sur de Sevilla)*
Ángel Martínez Hernáez	*Catedrático de Antropología.* *Director*	*Medical Anthropology Research Centre (MARC). Universitat Rovira i Virgili*
Joseba Achotegui Loizate	*Psiquiatra.* *Director*	*Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados del Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona* *Titular de la Universidad de Barcelona*
Ifigenia Frías Oncina	*Doctora en Psicología*	*Consulta privada de Psicología. Sevilla*
Manuel Cabrera Espinosa	*Enfermero especialista en salud mental.* *Sociólogo*	*UGC Garrucha. Almería*
Ana Parra Parra	*Trabajadora social*	*USMC Roquetas de Mar*
Ainhoa Rodríguez García de Cortázar	*Socióloga* *Investigadora* *Profesora asociada*	*Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía* *Universidad de Granada*
Isabel España Ríos	*Psiquiatra Infanto-adolescente*	*USMI-J H. V. del Rocío*
Leticia García Panal	*Psicóloga. Técnica de Equipo de Mediación Familiar*	*Diputación de Granada*
José Miguel Rodríguez Ferrer	*Psicólogo*	*Médicos del Mundo*
Ana Manzano León	*Educadora social. Investigadora postdoctoral*	*Universidad de Almería*
Ramón Rodríguez Gómez	*Maestro-Lengua Extranjera.* *Máster en Antropología.* *Educador Social.* *Responsable*	*Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía* *Equipo de Mediación para la Atención a Menores Migrantes y Jóvenes Extutelados Migrantes en Andalucía*
Ricardo Angora Cañego	*Psiquiatra*	*Médicos del Mundo*
Azahara Peña Rodríguez	*Psicóloga especialista en la atención a personas refugiadas*	*Cruz Roja*
Alba Villanueva Fernández	*Coordinadora Adjunta del Área de Acción Social*	*Mujeres en Zona de Conflicto*
Eva Gallego Llerena	*Psicóloga.* *Referente técnica de salud mental y apoyo psicosocial en proyectos estatales y autonómicos*	*Médicos del Mundo*

Presentación

Rocío Hernández Soto

Consejera de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía

La monografía *Salud Mental y Migraciones* es una iniciativa de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía que se desarrolla en colaboración técnica con la Red iSir, Red de Migración y Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública en el marco de la *Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025: inclusión y convivencia* y con apoyo de los *Fondos para el Reasentamiento y Reubicación de Refugiados (S0671).*

La *Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025* recoge en el *Objetivo específico 5. Mejorar la salud bio-psico-social de la población migrante y refugiada en Andalucía* del *Eje 2. Inclusión e integración social* una línea sobre atención a los problemas de salud mental. En esta línea se incluye (junto al refuerzo de los dispositivos y programas que con enfoque comunitario pueden contribuir a la mejora de la salud mental en esta población) un apartado de *Mejora de las competencias profesionales para atender a la población inmigrante.* A la Consejería de Salud, entre otras instancias, se le solicita el desarrollo de actividades de formación, u otras líneas de actuación, que mejoren las competencias interculturales y atiendan las necesidades de sensibilización y capacitación de profesionales del ámbito sociosanitario para cuidar de la salud mental de la población migrante.

Como punto de partida para abordar estos compromisos se decide elaborar la presente publicación en el marco de la Red iSir. La monografía vuelve a señalar claves de análisis de situación e intervención para cuidar de la salud mental de esta población recogidas en la monografía *Salud Mental en la Inmigración*, publicada por la Red iSir en 2008. Además, en esta publicación se aportan nuevas claves, señaladas por profesionales con conocimiento y experiencia en el abordaje de la salud mental en esta población desde el ámbito académico, sanitario, social y del tercer sector. Convergen en esta publicación estamentos diversos comprometidos con la

atención sociosanitaria a la salud mental en este grupo de población en el que se dan condicionantes sociales de la salud muy específicos y que puede llegar a sufrir discriminación por partida doble. Es muy importante para profesionales que trabajen en esta línea conocer esos condicionantes y tenerlos en cuenta en la intervención que realicen.

Quiero, por último, expresar mi agradecimiento a las personas que han participado en la elaboración de cada capítulo de esta monografía por las aportaciones teóricas y prácticas, y sus valiosas orientaciones sobre cómo mejorar la atención a la salud mental de la población migrante que esperamos enriquezcan la práctica profesional de quienes atienden, en distintos servicios, la salud mental de la población migrante.

Referencias

Junta de Andalucía, Consejería de Presidencia, Administración Pública e Interior. (2021). *Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025: inclusión y convivencia.* Junta de Andalucía.

Sayed-Ahmad Beiruti, N., García Galán, R. y González Rojo, E. (Coord). (2008) *Monografía I. Salud mental en la inmigración*. Red iSir. Colección Inmigración y Salud. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Introducción

Almudena Millán Carrasco, Amets Suess Schwend, Nabil Sayed-Ahmad Beiruti, Rafael García Galán

Como señalaban Sayed-Ahmad Beiruti et al. (2007) tras un detallado análisis, "[l]a migración es un Acontecimiento Vital Estresante (...). El colectivo de inmigrantes es un grupo potencialmente de alto riesgo tanto social como sanitariamente" (p. 142). Desde esa consideración, en el marco del *II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009* (Junta de Andalucía, Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias, 2007), con una vocación de atención compartida por todos los sectores y actores que trabajan con población migrada, se constituyó un grupo a través de la Dirección General de Salud Pública, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Red iSir, Red de Migración y Salud, para abordar aspectos que respondieran a la temática. De ese esfuerzo nacieron algunos documentos como el *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Guía para Profesionales de la Salud* (García Galán, 2007) y la monografía *Salud Mental en la Inmigración* (Sayed-Ahmad Beiruti et al., 2008).

La primera monografía *Salud Mental en la Inmigración* (Sayed-Ahmad Beiruti et al., 2008) de la Serie Inmigración y Salud de la Red iSir (red de profesionales que intervienen a nivel andaluz en temas de inmigración y refugio) se realizó en 2008 y pretendía ser una herramienta útil para quienes intervienen en la salud mental de este colectivo. A través de sus capítulos, desde una visión interdisciplinar e intersectorial, se puso en evidencia las dificultades de las personas migrantes y las consecuencias sobre su salud mental. En estos más de 15 años desde la publicación de esa monografía, se han producido cambios a varios niveles que hacían necesaria la actualización del análisis de situación y de las recomendaciones allí ofrecidas. En esta introducción hemos querido mencionar los cambios más relevantes, desde el punto de vista del equipo editor.

En cuanto a esta década y media, se han producido bruscos cambios a nivel estructural que sin duda han impactado en la salud mental de la población general y, por ende, en la población migrante, vulnerabilizada por las desigualdades socioeconómicas, la xenofobia o el racismo. Desde la publicación original, se han dado situaciones a nivel mundial que, en un mundo tan globalizado como el actual, impactaron también profundamente en el contexto español y andaluz. Es el caso de la crisis socio-económica de 2008 a 2014, la crisis paralela del estado de bienestar (servicios públicos, especialmente servicios sociales, salud, educación o vivienda) (Mar et al., 2020; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018), conflictos armados a las puertas de Europa en lugares como Siria, Ucrania o Gaza/Israel (Piñeros-Ortiz et al., 2021) y, por supuesto, la pandemia por COVID-19 (Hernández Rodríguez, 2020). Otro hecho a mencionar es el desarrollo imparable de las tecnologías de la información y la comunicación y el paralelo afianzamiento del uso de las redes sociales, cuyo impacto en la salud mental ha sido objeto de diferentes estudios (Arcila Calderón et al., 2020; ONTSI et al., 2023; Red Al Rescate, 2024). Según los estudios revisados, las tecnologías de la información pueden contribuir en el ámbito de la migración a la difusión de estereotipos xenófobos (Red Al Rescate, 2024) y a su vez abren la posibilidad de poder estudiar la evolución de la xenofobia (Arcila Calderón et al., 2020).

En paralelo a estos cambios estructurales, durante estos años se han producido cambios en los fenómenos migratorios hacia el contexto español y andaluz. Según el Consejo Económico y Social (CES, 2019), aunque “la búsqueda de mejores oportunidades de vida sigue siendo el motivo predominante para migrar”, han crecido “los desplazamientos forzados de población”, que conllevan “el aumento de las solicitudes de asilo y refugio en el mundo debido principalmente el estallido o agravamiento de conflictos armados” (p. 215). Junto a ello, cabe nombrar las consecuencias del cambio climático para las migraciones y desplazamientos forzados que constituyen una creciente preocupación en el marco del Derecho Internacional (ACNUR, 2024a; ONU, 2024).

Desde 2008, en que el número de inmigrantes se acercaba a 330.000 personas, las cifras descendieron hasta el año 2013 para a partir de ahí subir hasta 2019. Estas cifras volvieron a descender, durante los años de pandemia, y han subido bruscamente desde 2021 hasta alcanzar las casi 479.000 personas extranjeras recibidas en España en 2022 (Europa Press, 2022).

Según el informe del Consejo Económico y Social (CES, 2019), “España se ha convertido en uno de los veinte países principales de destino de las migraciones internacionales” (p. 217), “con una mayor diversidad de países de nacimiento de los inmigrantes, una mayor feminización y una distribución algo menos concentrada en edades jóvenes” (p. 51). El informe del CES (2019) señala que de ser un país de entrada y paso hacia diversos países de la Unión Europea, ahora la población extranjera recibida se queda en España. En 2018 “el 84,2 por 100 de las autorizaciones de residencia de extranjeros de Régimen General en vigor en España son de larga duración”, frente al 25,5% en 2002 (CES, 2019, p. 59-60).

A nivel estratégico, la migración ha ido tomando relevancia y se ha convertido en un asunto prioritario a nivel internacional, como muestra el *Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular* aprobado en la conferencia intergubernamental en Marrakech en 2018 y adoptado por más de 150 gobiernos (ONU, 2018). Según la Junta de Andalucía, Consejería de Presidencia, Administración Pública e Interior (2021), este Pacto refuerza los objetivos de la Agenda 2030 ligados específicamente a migración como "la meta 10.7 del Objetivo 10 'Reducir la desigualdad en los países y entre ellos' que insta a 'Facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas incluso mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas'" (p. 3-4) o a elementos transversales que inciden en migración como los relacionados con sistemas de protección social, cobertura sanitaria universal, equidad en educación, promoción de políticas inclusivas, entre otros, siendo la salud mental un eje de interés recogido en diversos lugares. En Andalucía, la nueva *Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025: inclusión y convivencia* marca prioridades relacionadas con el reforzamiento de la atención a la salud mental con fórmulas de refuerzo comunitario (ETIC, Equipo para el Tratamiento Individual y en Comunidad, Psicología clínica en Atención Primaria) y a niños, niñas y adolescentes (Forma Joven) (Junta de Andalucía, Consejería de Presidencia, Administración Pública e Interior, 2021). Por último, esta Estrategia solicita líneas de actuación que mejoren las competencias interculturales y la capacitación del personal que atendiendo a la salud mental de la población migrante. Los *Fondos para el Reasentamiento y Reubicación de Refugiados (S0671)* han ofrecido el apoyo financiero necesario para la realización de ese trabajo necesario.

En este nuevo marco de fenómenos migratorios, situación sociopolítica y cultural y priorización de este tema en el marco político y estratégico mundial, europeo, español y andaluz, desde la Red iSir se consideró conveniente editar una nueva monografía sobre salud mental y migración en nuestro país, partiendo de la publicada en 2008 (Sayed-Ahmed Beiruti et al., 2018).

Para empezar, es necesario aclarar que la temática de salud mental se aborda desde el modelo de determinantes sociales de la salud (OMS, 2008, 2022; Solar e Irwin, 2010), priorizando una mirada de promoción y cuidado de la misma. Desde este modelo, se asume que elementos sociales, económicos y culturales (como los ligados a la migración) pueden determinar o condicionar la salud mental de las personas, contribuyendo a mantener un buen funcionamiento psicológico o conduciendo, por el contrario, a disfunciones y enfermedades mentales. En este modelo, los problemas de salud mental son a su vez condicionantes de la situación social y económica de la persona. Esto quiere decir que el abordaje de cualquier elemento, dígase la transformación de elementos del contexto económico y/o social o dígase el desarrollo de habilidades y fortalezas personales, puede mejorar el resultado global.

En esta revisión de la publicación de 2008 (Sayed-Ahmed Beiruti et al., 2018), hay contenidos que se reiteran sin apenas modificaciones, dado que pertenecen a marcos

teóricos de reflexión que no ha sufrido cambios, como la mirada y cuestionamiento antropológico del modelo de atención 'psi' del capítulo *Antropología y salud mental. Dilemas y desafíos contemporáneos* o el acercamiento a la sintomatología de duelo específico asociada a la migración, denominada 'síndrome de Ulises' del capítulo *Los siete duelos de la migración. El duelo migratorio extremo (Síndrome de Ulises)*. Sin embargo, se ha hecho un esfuerzo importante en revisar la mirada sobre el proceso de migración y su impacto sobre el bienestar y la salud mental de las personas migrantes en el capítulo *El proceso de migración. Impacto sobre el bienestar y la salud mental de las personas migrantes*. Los siguientes capítulos se centran en actualizar el análisis y la reflexión de actores de muy distintos contextos (mujeres, personas LGBTI+[1], niñas, niños y adolescentes migrantes y personas en desplazamiento forzado) sobre los factores de vulnerabilidad actuales y específicos que pueden generar sufrimiento emocional y/o pueden actuar como factores de riesgo de malestar psicológico y problemas graves de salud mental, entre ellos el estrés postraumático y las adicciones.

También se ha trabajado en la identificación de factores de protección y resiliencia, así como claves y recomendaciones para la atención y cuidado de la salud mental de distintos colectivos dentro de la población que se recibe o acoge en el contexto español y andaluz. En este ámbito es importante también destacar que la monografía no es exhaustiva en ámbitos, miradas y agentes. Podrían haber sido más y también distintos. Profundizar y llegar a la totalidad de ámbitos y agentes que reflexionan e intervienen de forma clave en la multiplicidad de elementos que afectan a la salud mental de las personas migrantes y en desplazamiento forzado da para una línea de conocimiento que podría llevar décadas agotar y miles de páginas u horas de formación difundir. El equipo editor de esta monografía espera, no obstante, haber seleccionado ámbitos y visiones interesantes y relevantes, con los recursos y el plazo disponibles.

En cuanto las situaciones sobre las que se reflexiona en esta publicación, de manera especial, se aborda en el capítulo *Género y migración* las desigualdades sociales y riesgos de salud mental por razones de género, orientación sexual, expresión / identidad de género y características sexuales que pueden sufrir mujeres y personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado. En el capítulo *La situación social y salud mental de niñas, niños y adolescentes migrantes*, se ha querido mirar con detalle el escenario concreto de niñas, niños y adolescentes, explorando los determinantes sociales de su salud mental o valorando el impacto de la migración puede tener en el desarrollo psicoevolutivo. Se dedica un espacio a revisar la situación de las familias como contexto clave de la salud en este colectivo, a conocer las posibilidades de trabajo preventivo en un ámbito tan importante como el escolar y a explorar la realidad de personas menores de edad no

[1] Con personas LGBTI+ se hace referencia a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex y de otras identidades y corporalidades diversas. Se ha optado por el acrónimo LGBTI+ en vez de LGTBI+, con el objetivo de nombrar todas las identidades relacionadas con orientaciones sexuales juntas, siguiendo de este modo el formato del acrónimo en la bibliografía internacional.

acompañadas y su tránsito a la mayoría de edad y emancipación de la tutela.

Finalmente, se ha dedicado el capítulo *La salud mental de las personas en desplazamiento forzado* para analizar los condicionantes y claves que podrían permitir promover o cuidar de la salud mental de personas que se ven obligadas a migrar a la fuerza (no voluntariamente) por razones de seguridad y mantenimiento de la integridad física (conflictos armados, violencia política o social, crimen organizado o persecución por creencias o pertenencia a grupo étnicos o colectivos determinados). En este apartado se ha reflexionado sobre momentos como el tránsito por las rutas migratorias más frecuentes desde su país de origen, su entrada como solicitantes de asilo en centros de acogida y la situación cuando salen de esos centros con la concesión o no de refugio. De nuevo, en este capítulo se ha considerado relevante mirar las diferencias en el caso de mujeres y otras personas cuyo desplazamiento se ve forzado por violencia o discriminación por su orientación sexual e identidad de género.

La monografía se cierra con un capítulo final en el que se intentan resumir las principales claves de contexto o situación, así como recomendaciones para intervenciones y prácticas profesionales, con el objetivo de promover y atender la salud mental de personas migrantes y en desplazamiento forzado que se reciben en el contexto español y andaluz.

Cabe señalar que en esta segunda edición de la monografía *Salud Mental y Migraciones,* el equipo editor prestó especial atención a un uso respetuoso del lenguaje, acordando un uso terminológico compartido a lo largo de la monografía después de un proceso de reflexión y consulta. En este sentido, se decidió utilizar un lenguaje inclusivo de todos los géneros y evitar el masculino genérico siempre que fuera posible, dando preferencia a términos como 'personas migrantes', siempre que no se quería hacer referencia a un género específico. Teniendo en cuenta el debate terminológico actual, se optó por utilizar los términos 'migrantes' o 'población migrada', con el objetivo de visibilizar el carácter abierto y múltiple de las trayectorias migratorias, utilizando 'inmigrantes' solo en caso de querer resaltar la direccionalidad específica (FundéuRAE, 2020, s.p.; OIM, 2019, p. 132-133). Además, se acordó utilizar los términos 'niñas, niños y adolescentes' o 'menores de edad' en vez de 'menores', salvo cuando se hace referencia a 'Centro de Menores' o 'Sistema de Protección de Menores'. Con relación a personas que tienen que migrar a la fuerza por razones de conflictos armados, violencia política o social o persecución, se optó por utilizar 'personas en desplazamiento forzado' o 'desplazamiento forzoso' como término paraguas, incluyendo a personas refugiadas y solicitantes y beneficiarias de protección internacional o asilo, siguiendo el uso terminológico adoptado por ACNUR (2024b, p. 4). Además, se dio preferencia a hablar de 'persona usuaria' o 'persona atendida' en vez de 'paciente', y de 'problema de salud mental' en vez de 'patología' o 'trastorno'.

De modo general, la monografía se centra más en los determinantes sociales que pueden influir en el bienestar y la salud mental de personas migrantes y en desplazamiento forzado que en los códigos diagnósticos específicos. Cuando se nombra el DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y la CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades, cuyas ediciones más recientes son el DSM-5 y la CIE-11, se hace referencia a la edición que, según la experiencia de las personas autoras, se está utilizando actualmente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El equipo editor espera que esta publicación ayude a aportar sensibilidad a las personas responsables de los diferentes espacios existentes en la atención a la salud mental, conocer más y mejor esta realidad y ofrecer claves de análisis y actuación a quienes trabajan y/o tienen interés en la salud mental de las personas migrantes y en desplazamiento forzado en el contexto español y andaluz.

Referencias

ACNUR, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2024a). *Climate change and displacement.* https://www.unhcr.org/what-we-do/build-better-futures/climate-change-and-displacement

ACNUR, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2024b). *Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2023.* https://www.acnur.org/es-es/tendencias-globales

Arcila Calderón, C., Blanco-Herrero, D. y Valdez Apolo, M.B. (2020). Rechazo y discurso de odio en Twitter: análisis de contenido de los tuits sobre migrantes y refugiados en español. *Rev. Esp. Investig. Sociol, 172,* 21-40. doi: 10.5477/cis/reis.172.21

CES, Consejo Económico y Social. (2019). *Informe 02|2019. La inmigración en España: efectos y oportunidades.* Consejo Económico y Social.

Europa Press. (2023). *EPdata. Evolución en España hoy: inmigrantes, emigrantes y otros datos sobre los habitantes de España.* https://www.epdata.es/datos/poblacion-espana-hoy-inmigrantes-emigrantes-otros-datos-habitantes-espana/1/espana/106

FundéuRAE (2020). Migrante *engloba a* emigrantes *e* inmigrantes. https://www.fundeu.es/recomendacion/emigrante-inmigrante-migrante/

García Galán, R. (Coord.) (2007). *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Guía para Profesionales de la Salud*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, *24*(3), 578-594.

Junta de Andalucía, Consejería de Gobernación, Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias (2007). *II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía. 2006-2009*. Junta de Andalucía.

Junta de Andalucía, Consejería de Presidencia, Administración Pública e Interior. (2021). *Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025: inclusión y convivencia.* Junta de Andalucía.

Mar, J., García-Calvente, M.M., Cabasés, J., Puig-Barrachina, V. y Alonso, J. (Eds.). (2020). Los retos actuales de la salud mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria. Informe SESPAS 2020. *Gac. Sanit., 24*(S1):1-2. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.09.001

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Crisis económica y salud en España.* Gobierno de España.

OIM, Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *International Migration Law. Glossary on Migration.* Organización Internacional para las Migraciones.

OMS, Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una general. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Organización Mundial de la Salud.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

ONTSI, Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad, Red.es y Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial. (2023). *Impacto del aumento del uso de Internet y las redes sociales en la salud mental de jóvenes y adolescentes*. Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad, Red.es, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. (2018). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de diciembre de 2018. Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular. A/RES/73/195.*

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2024). *Human rights, climate change and migration. OHCHR and climate change.* ONU. https://www.ohchr.org/en/climate-change/human-rights-climate-change-and-migration

Piñeros-Ortiz, S., Moreno-Chaparro, J., Garzón-Orjuela, N., Urrego-Mendoza, Z., Samacá-Samacá, D. y Eslava-Schmalbach, J. (2021). Consecuencias de los conflictos armados en la salud mental de niños y adolescentes: revisión de revisión de la literatura. *Biomédica, 41*(3), 424-448. Publicación electrónica del 22 de septiembre de 2021. doi: 10.7705/biomedica.5447

Red Al Rescate. (2024). *Las redes sociales, una amenaza para la salud mental de las personas migrantes.* https://www.redalrescate.org/las-redes-sociales-amenaza-para-la-salud-mental-de-personas-migrantes/

Sayed-Ahmad Beiruti, N., Río Benito, M.J. y Fernández Regidor, G. (2007). VII. Salud mental. En R. García Galán (Coord.). *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Guía para Profesionales de la Salud* (pp. 125-144). Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

Sayed-Ahmad Beiruti, N., García Galán, R. y González Rojo, E. (Coord). (2008) *Monografía I. Salud mental en la inmigración*. Red iSir. Colección Inmigración y Salud. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Solar, O. e Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).* Organización Mundial de la Salud.

El proceso de migración

Impacto sobre el bienestar y la salud mental de las personas migrantes[2]

Nabil Sayed-Ahmad Beiruti

> *Lo que hace que yo sea yo, y no otro, es ese estar en las lindes de dos países, de dos o tres idiomas, de varias tradiciones culturales. Es eso justamente lo que define mi identidad. ¿Sería acaso más sincero si amputara de mí una parte de lo que soy? (Maalouf, 1999, p. 11)*

Migración

La migración es un fenómeno muy antiguo, complejo y multifacético; está ligado al ser humano en su búsqueda del bienestar y la mejora de su situación; abarca factores económicos, políticos, psicológicos, sociales y culturales. Involucra tanto a las personas migrantes como a las sociedades emisoras y receptoras. Forma parte de la vida misma y es impulsor del desarrollo y la civilización humana, mediante el intercambio de conocimientos, de técnicas, de culturas y de costumbres. Migrar es más que simplemente moverse de un lugar a otro, es un acto que afecta profundamente al individuo, a quienes le rodean y al ambiente común. Es un proceso que implica *dejar un modelo de vida para incorporar otro nuevo*. Es también una oportunidad para la pérdida del miedo a lo desconocido y al otro que posibilita el conocimiento recíproco y facilita la aceptación y el respeto a la diferencia y a la diversidad. Nuestra autoconciencia depende del proceso de comunicación entre el Yo y el Otro, como dice Hora (1950, p. 237, citado en Watzlawick et al., 1981) "para comprenderse a sí mismo, el hombre necesita que otro lo comprenda. Para que otro lo comprenda, necesita comprender al otro" (p. 37). Este continuo proceso de ajuste, de actualización de la información acerca de la persona y su interrelación con el mundo lleva a la adquisición de habilidades apropiadas y, eventualmente, aumenta las posibilidades del individuo de adaptación a su entorno y la consiguiente interculturación.

No obstante, la migración que estamos observando en las últimas décadas está en estrecha relación con la globalización, y en particular es debida a la enorme brecha de desigualdades socioeconómicas, resultado de esta globalización, que provoca una

[2] Las siguientes reflexiones, siempre que no se indican referencias, provienen de la propia práctica profesional. Además, algunos fragmentos del texto están basados en publicaciones previas (Sayed-Ahmad Beiruti 2010, 2016, 2017).

migración masiva desde los países pobres hacia los países ricos. Esto en lo referente a la migración por motivos económicos.

Las personas, además de los motivos económicos, migran por otros motivos, como por ejemplo las guerras, las persecuciones y dictaduras; asimismo, por motivos de presión social, este es el caso de personas pertenecientes a determinados colectivos como las personas LGBTIQ+, ser una persona albina en algunos países africanos o tener determinadas enfermedades. Muchas mujeres migran también por motivos socioculturales que les oprimen y marginan, en búsqueda de más libertad, de dignidad y de reconocimiento a sus capacidades y valores personales. Es cuando podemos hablar de personas refugiadas y solicitantes de protección y asilo. *Las personas refugiadas y solicitantes de asilo* no solo son víctimas de traumas, también son migrantes que han cruzado las fronteras de muchos países antes de terminar en el país de acogida. Por tanto, son personas que "con el fin de escapar de los peligros en sus países de origen, en tiempos de guerra o persecución, buscan seguridad temporal en otros lugares, incluidos los países extranjeros lejanos. Experimentan, en cierto modo, un tipo especial de migración" (Tseng, 2001, p. 710; traducción propia)[3].

La migración es vivida con frecuencia como un problema y no como una oportunidad y solución a necesidades sociales y económicas de las personas migrantes y de la sociedad receptora; tal percepción puede generar actitudes de rechazo y de miedo, así también prejuicios negativos; todo ello crearía situaciones de tensión que posiblemente acaben en conflictivas y, por consiguiente, en comportamientos de segregación y automarginación, dificultando de esta manera la convivencia, el dialogo intercultural y, por ende, el proceso de adaptación e interculturación.

Ante el aumento de la presión migratoria (aunque el mayor porcentaje de migrantes, es recibido por otros países pobres vecinos), los países ricos están respondiendo con medidas restrictivas y políticas migratorias defensivas y de blindaje de sus fronteras que habitualmente va acompañada con el incumplimiento de los convenios internacionales y violando los derechos humanos. Política que fomenta el discurso del miedo y del odio por parte de algunos sectores de la sociedad que van ganando cada vez más adhesiones. Como consecuencia de estas políticas surgen las mafias que se aprovechan de la situación creada que impide la entrada regular de las personas a los países de destino. Recurriendo a rutas peligrosas, alargando el viaje migratorio, que puede durar meses e incluso años, durante el cual las personas migrantes deben afrontar situaciones de riesgo y de peligros para su integridad física, psicológica y moral, soportando todo tipo de explotación, de violencia y trato vejatorio por parte de las mafias, agentes de seguridad y otras personas que se cruzan en su camino. Esta misma ruta es la utilizada, mayormente, por las personas refugiadas y solicitantes de asilo, por no tener otra posibilidad para entrar en

[3] Texto original: "By definition, refugee refers to an individual or a group who, in order to escape from the dangers in their home countries, seek temporary safety elsewhere, including foreign countries far away, in times of war or persecution. In a way, they experience a special kind of migration" (Tseng, 2001, p. 710).

los países donde quieren residir. Todo lo cual es agravado por los diques y muros (físicos y administrativos) en la ruta migratoria, como por ejemplo en la frontera de EE. UU. con México, en España, en Libia, Líbano, Turquía, Marruecos, etc. donde las personas migrantes viven en condiciones infrahumanas y riesgo de todo tipo de maltrato y violencia. Se torna, en muchas ocasiones, en la ruta de los sueños rotos, del horror y de la muerte.

Con frecuencia, cuando se habla de la migración y/o del proceso migratorio, se aborda desde la visión identitaria y del arraigo; sin embargo, es hora de matizar y ampliar este enfoque con la adopción de la perspectiva de los *vínculos* y del *self*. A diferencia del enfoque identitario que conlleve actitudes rígidas, verticales y con frecuencia excluyentes, el enfoque del *self* es más flexible, horizontal y, como sostienen diferentes autores (Grinberg, L. y Grinberg, R., 1980; Castilla del Pino, 1980; Argyle, 1983; Watzlawick et al., 1981), está en continuo cambio, se forma mediante la interrelación continua de los vínculos sociofamiliares, la interacción con el contexto sociocultural y las experiencias que estas generan. La consolidación del sentimiento del *self* depende tanto de los factores personales internos como de los factores sociales y económicos externos. En la situación de migración, la mayoría de las veces los prejuicios y las actitudes que están preconcebidos, positiva o negativamente, pueden obrar facilitando u obstaculizando la formación y la afirmación del *self*, así también el éxito o fracaso del proceso migratorio.

El proceso migratorio

El proceso migratorio comienza desde el momento de la toma de decisión de migrar y el inicio del viaje y continúa en el país receptor. Es un proceso dinámico con avances y retrocesos, con fracasos y logros. Produce importantes cambios que abarcan tanto las relaciones externas como internas del sujeto y la estructura de su personalidad. A la vez de la toma de decisión de migrar se elabora el proyecto migratorio que casi siempre incluye como punto final la idea de retorno.

Al llegar a la nueva sociedad, el modo de vida de la persona migrante se hace distinto y esto la lleva a situaciones de inseguridad e inestabilidad, junto a sentimientos de confusión y miedo, debido al cambio brusco de valores de referencia, y a la búsqueda de un nuevo continente para sus emociones y de su personalidad; encontrándose, de ese modo, inmersa en una situación que se puede calificar de *anómica* (conflicto entre normas y/o ausencia de las mismas), con la sensación de estar en una encrucijada, en el sentido de una "situación difícil en que no se sabe que conducta seguir" (Moliner, 1981, p. 1110), con la vivencia de estar entre dos culturas, dos sociedades y dos identidades, incluso en ocasiones de estar *fuera de lugar.* Destacar que las personas migrantes, con frecuencia, pueden sufrir episodios de *estrés*, de *ansiedad* y de *frustración*. Emociones y vivencia que pueden persistir en el tiempo, junto a sentimientos de culpa, de pena, de

ilusión y de nostalgia. Como señala Calvo (1977), "en el proceso de asentamiento-adaptación-integración el emigrante se ha de enfrentar a diario con la añoranza siempre presente y los deseos de volver a su tierra y con sus dudas sobre la conveniencia o no de seguir por el camino de la permanencia definitiva y la integración" (p. 7).

El proceso migratorio afecta a los individuos y al conjunto de la familia migrante, a su interacción interna y con el contexto social, debido a: 1) el impacto de los sucesos estresantes y/o traumáticos en cada uno de los miembros de la familia; 2) el impacto de la ruptura de los lazos familiares, comunitarios y sociales y la pérdida de apoyos; 3) el desafío y la necesidad de sobrevivir en un contexto desconocido y muchas veces hostil (Barudy y Marquebreucq, 2006). Respecto a las madres y los padres, además del impacto sobre su estado de bienestar y su salud mental, su función de protectores y guías para sus hijos e hijas se ve perjudicada. Por todo ello, es necesaria la comprensión por parte de la sociedad en su conjunto y del contexto educativo en particular, para ofrecerles el apoyo necesario que les ayude a superar con éxito esta situación.

Las personas migrantes son sujetos sociales por tener una historia basada en la experiencia propia, por sus vínculos sociofamiliares y su pertenencia a una sociedad con valores culturales establecidos. En el proceso migratorio las personas migrantes no se desvinculan de sus sociedades ni de sus valores, tampoco de sus seres queridos y allegados. Al principio, están sumergidas en una situación de pausa, de espera a acomodarse en el nuevo contexto sociocultural en el que se encuentran. Están, para decirlo de alguna forma, a la expectativa de reconectarse con su entorno de origen, y de conectarse con el nuevo contexto. Una vez superada esta situación, las personas migrantes comienzan un nuevo escenario que se puede llamar de *reconexión-conexión*. Durante este tiempo las personas se reconectan con su pasado social, familiar y de pertenencia; inician un camino vital nuevo, el de la *revinculación-vinculación,* distinto al que tenían antes y diferente al de sus familiares y personas allegadas. Este proceso está relacionado con *la actitud* de la persona migrante, la del grupo de pertenencia y la de la sociedad de acogida, con sus dos componentes esenciales, el emocional y el cognitivo, *el corazón y la razón*. Se puede identificar el proceso de *reconexión-conexión* con el de *acomodación-adaptación* y el de *revinculación-vinculación* con el de *interculturación*.

Adaptación-Acomodación

La evolución ha capacitado muy bien a la especie humana para la adaptación a los continuos cambios que ha tenido que afrontar y superar a lo largo de su historia; entre estos cambios está la migración. El proceso de adaptación no está exento de reacciones depresivas, de angustia y de estrés, debido a la ruptura de los vínculos que se traduce en una serie de duelos y promueven la necesidad de su elaboración. La adaptación es la capacidad que tiene el ser humano para acomodarse y aclimatarse a su entorno físico y cultural que está en continuo cambio. Es un proceso *biopsicosocial* inherente a la naturaleza humana, abarca los tres niveles que configuran al sujeto: a) *el biológico*: el

organismo y sus relaciones ambientales, los cambios climáticos y alimentarios, etc. b) *el psicológico*: las relaciones objetales, las capacidades de adaptación, el sentido de identidad, las emociones y habilidades, etc. y c) *el sociocultural*: las interacciones interpersonales, tipo de educación, la influencia de la cultura en el sentido del *self,* en las vivencias y en los valores.

La adaptación es un proceso *heterogéneo* que depende de las diferencias culturales, lingüísticas, religiosas, de género, de edad, de factores económicos, etc., y *bilateral* que depende de la interacción entre las personas migrantes y la sociedad de acogida y también con su entorno sociofamiliar. Es decir, tanto la persona como la sociedad se tienen que adaptar a la nueva situación, afrontar y elaborar el duelo debido a los cambios, al mestizaje, a las pérdidas y a las ganancias que motiva el hecho migratorio. Si las condiciones son adversas, es probable que se genere un *conflicto externo* entre la persona migrante y el entorno nuevo, por las diferencias en los valores culturales y costumbres, manifestándose con reacciones depresivas, de ansiedad y conductuales desadaptativas. La persona migrante se adapta en primer lugar a las normas sociales y legales de la sociedad receptora que debe jugar un papel activo cumpliendo con su función de acomodador, creando las condiciones favorables como la accesibilidad al trabajo, a una vivienda digna, a la salud, a la educación y a actividades lúdicas y participativas, al mismo tiempo que inicia su propio proceso de adaptación a la nueva realidad de pluralidad étnicocultural, constituyéndose un entorno de solidaridad, de apoyo y de empoderamiento.

Es menester tener en consideración si es posible volver o no al país de origen (aunque sea de visita), contingencia que posiblemente determine, de alguna manera, el carácter del proceso migratorio. Si volver es posible, significa *puertas abiertas* y la existencia de muchas alternativas, lo cual disminuiría la ansiedad y el estrés. Si volver no es posible (exilio, refugio, situación de irregularidad administrativa, etc.), supone que no hay muchas alternativas y todos los esfuerzos se encaminan en dirección a la adaptación *forzosa*, en el nuevo medio, hecho que aumentaría el estrés y la ansiedad; o se dirige hacia el rechazo a la adaptación, y probablemente a situaciones de autoexclusión, marginación y de vivir al margen de la sociedad.

Interculturación

El proceso migratorio sigue su evolución; con el tiempo el sujeto comienza un proceso de *revinculación* en el que reelabora, consciente e inconscientemente, los nuevos vínculos con sus familiares, con sus personas allegadas, con su sociedad de origen y con sus valores culturales. Así va creando una nueva relación con una perspectiva distinta a la que tenía; de modo que acepta la nueva realidad tanto externa como interna, resultado de sus experiencias emocionales y cognitivas producto de este proceso. A su vez, empieza la labor de vincularse con el contexto nuevo, con la gente, con el sistema social y con los valores culturales nuevos, cuyo resultado sería un mestizaje, sin renuncia a sí mismo ni a

sus valores. A la vez la sociedad receptora, para que la interculturación sea posible, debe transformarse en acogedora e inclusiva, establecer vínculos con las personas migrantes y admitirles como su nueva ciudadanía. Se trata, por tanto, de un crisol donde se va forjando el nuevo *self*/identidad y la nueva sociedad plural y diversa. Entonces, se puede hablar de *interculturación*, entendida como un mestizaje, un intercambio intercultural complementario, en igualdad y con respeto mutuo, entre las personas migrantes y la sociedad. Es cuando la persona migrante acepta y asume a diferentes elementos procedentes de la pluralidad cultural en la que vive, mediante la combinación y fusión intercultural constituyente, y la vivencia de que estos valores conforman en pie de igualdad y en harmonía su nueva identidad/*self*, sin negación o mutilación de ninguno de ellos. Lo mismo se puede decir de la sociedad, cuando acepta en pie de igualdad y con el paradigma de ciudadanía a los nuevos miembros y asume la nueva situación de pluralidad cultural y étnica, incorporando los nuevos valores culturales aportados por las diferentes culturas, constituyéndose como elementos de enriquecimiento y fortaleza cultural, es cuando se transforma en sociedad acogedora y diversa. La interculturación, pues, es un proceso de intercambio circular, bidireccional, y multidimensional, a diferencia de la perspectiva de integración e inclusión que son lineales y unidireccionales; es, asimismo, un proceso enriquecedor cultural y socialmente, para el sujeto y para la sociedad.

No obstante, en la persona migrante pueden habitar dos fuerzas que van a luchar en el trasfondo de su ser: por una parte, la fuerza que tiende a la divergencia cultural y al mantenimiento de la identidad previa, y otra, la que tiende a la convergencia cultural *(interculturalidad)* y la aceptación de los nuevos elementos y valores en su identidad (Bastide, 1978). En este proceso los posibles *conflictos* que surgirán son más bien *internos*, cuando no se resuelven de forma exitosa se generarían, probablemente, problemas de salud mental. En la comunidad (migrante) de origen y la sociedad receptora puede presentarse el mismo conflicto y la ambivalencia hacia la convivencia en una sociedad diversa étnica y culturalmente.

La interculturación se producirá solo cuando haya interés por ambas partes, sociedad y personas migrantes, y cuando adopten la pluralidad cultural como marco de referencia en su interrelación e interacción. Es decir: a) que la sociedad receptora considere la multiculturalidad como un valor positivo, b) la ausencia (o bajos niveles) de rechazo, de xenofobia y de prejuicios negativos, c) la existencia del deseo de ambas partes de contribuir al desarrollo de buenas relaciones de convivencia, mediante el diálogo intercultural y la comunicación que “es la matriz en la que están enclavadas todas las actividades humanas” y que “cuando una comunicación es exitosa pasa a ser sinónimo de adaptación y vida” (Bateson y Ruesch, 1984, p. 17 y 21). El sujeto posee la capacidad de seguir siendo, en lo esencial, la misma persona a través de la sucesión de cambios y duelos a lo largo de su vida, y eso es lo que caracteriza básicamente la experiencia emocional de la identidad/*self* (Grinberg, L. y Grinberg, R., 1980). Por todo ello y contando con sus recursos individuales, su historia personal, sus capacidades resilientes

y los apoyos del entorno, las personas tienen la posibilidad de hacer de la experiencia migratoria una de las más enriquecedoras e inolvidables de sus vidas.

Perspectiva global y holista

Perspectiva de género

La discriminación cultural de la mujer es estructural, institucional y universal; independientemente de sus capacidades resilientes, sus habilidades personales, sus fortalezas, su capacidad de empoderamiento y esperanza por su emancipación y un futuro mejor. Las mujeres, por causa de su género, por el hecho de ser mujeres, son objeto de agresiones, de chantajes, de explotación sexual, de matrimonios forzados (especialmente las adolescentes), de violencia, de acoso sexual y un sin fin de tratos vejatorios e inhumanos. Como migrantes, también sufren de marginación, de explotación y de aislamiento, tanto si trabajan dentro de casa, como si lo hacen fuera, en este caso los trabajos suelen ser menos cualificados; sufren con frecuencia de acoso sexual y moral, todo ello en condiciones mayormente de aislamiento. Dicho lo cual, se puede concluir que las mujeres migrantes, con frecuencia, están expuestas al riesgo de violencia de género y a vivir en contexto de miedo y de vulnerabilidad, circunstancias que dificultan su proceso de adaptación e interculturación y afectan a su salud física y mental.

Perspectiva etaria (de edad)

Es evidente que la edad de las personas migrantes tiene influencia en el proceso migratorio. No es lo mismo migrar en la primera o segunda infancia, que de adolescente, persona adulta o anciana. En el caso de personas menores de edad y ancianas, el denominador común es la ausencia de proyecto migratorio propio y la interrupción de su trayectoria vital anterior a la migración. En situaciones favorables, las personas menores de edad, en principio, se adaptan y se integran con más facilidad debido a su psicoplastia. Sin embargo, las personas adolescentes viven doble crisis, la de su propia edad con su particular problemática psicofisiológica, y la derivada de los conflictos en la adaptación, en su proceso de socialización e interculturación debido a la pérdida de vínculos y al rechazo.

En el caso de las personas nacidas en el país de acogida de sus padres, viven en el país de nacimiento, por lo cual se comete el error de considerarles migrantes de *segunda generación* por parte de la sociedad, y no considerarles como ciudadanía suya. Además de ser un enfoque erróneo y falaz, conlleva actitud de rechazo y xenofobia, y puede ser injusto, porque les margina, estigmatiza y excluye, con la posibilidad de privarles de las mismas oportunidades de promoción que sus congéneres de la sociedad de acogida, negándoles la condición de ciudadanía natural.

También es oportuno mencionar a las personas menores no acompañadas que migran

por no tener futuro en su propio país, o por situaciones de violencia como las guerras o catástrofes que les obliga a buscar refugio y protección en otros países, con el riesgo de sufrir violencia, abusos sexuales, consumo y tráfico de tóxicos, u otras situaciones traumáticas. Circunstancias que afectarían a su desarrollo y evolución personal y a su proceso de adaptación e interculturación.

En las *personas ancianas* es más limitada o casi nula la adaptación e interculturación, debido a las pocas expectativas, a la ausencia de un proyecto migratorio, a las condiciones de aislamiento y también a su desinterés en el esfuerzo que requiere este proceso, ya que *el tiempo vivido es mayor del que queda por vivir*.

Perspectiva cultural

Todas las culturas determinan qué comportamiento es adecuado y cuál no lo es. La cultura juega un papel importante en la determinación del patrón de la conducta. Por consiguiente, existirán diferencias en el proceso de adaptación e interculturación entre las distintas culturas, en relación con la cercanía o lejanía entre la cultura de origen y la de acogida, *la distancia o el espacio intercultural*; a mayor o menor espacio intercultural compartido, menor o mayor es el esfuerzo que se tiene que realizar por parte de la población migrante y la sociedad de acogida. Asimismo, el porcentaje de la población migrante, su diversidad étnica y cultural, el nivel de desarrollo socioeconómico del país de origen, el tipo y motivos de la migración son factores que influyan en el proceso migratorio.

Es conveniente, incluso elemental, superar la realidad multicultural y la aceptación de la *actitud intercultural*, que promueve el intercambio cultural y la convivencia social. El interculturalismo, como subraya Soriano (2004), presenta doble plano: a) “ético” (p. 92), las culturas tienen el mismo valor en el intercambio cultural; b) “sociológico” (p. 92), la presencia y coexistencia en un plano de igualdad de todas las culturas en su interacción y búsqueda de puntos comunes entre sus creencias, valores y comportamientos. Cuando la relación entre las culturas es asimétrica, basada en el rechazo, la desigualdad y la exigencia para que el sujeto renuncie a los valores propios y asuma los de la sociedad receptora, se produce lo que se llama *asimilación*. Lamentablemente es la actitud mayoritaria de las sociedades receptoras, con el consiguiente riesgo de la desadaptación, marginación y exclusión social que pueden generar estrés y ansiedad, así como devenir en problemas en la salud mental de las personas. También, cuando son las personas migrantes quienes rechazan la cultura del país de acogida y se muestran reacias a la interculturación, se produce lo que se llamaría automarginación y autoexclusión.

Perspectiva socioeconómica

Las condiciones socioeconómicas en el país de origen y en la sociedad receptora son factores determinantes para el desarrollo del proceso migratorio. No es lo mismo migrar de un medio rural o urbano, tampoco es lo mismo migrar a una gran ciudad o a un pueblo

pequeño; todo ello influirá positiva o negativamente en el proceso adaptativo e en la interculturación. Lo mismo ocurre con las condiciones laborales tanto en origen como en destino; incluso el nivel educativo que poseen las personas migrantes. Tener presente las condiciones sociales, ambientales y económicas en las que viven las personas migrantes ayudará a prever la calidad y la probabilidad del éxito o del fracaso de su proceso migratorio, y si está garantizada, o no, la accesibilidad al trabajo, a vivienda digna, a la atención sanitaria, a la educación, a la participación ciudadana, etc. También es importante la situación administrativa, si están en situación irregular significa en la práctica la privación de todos los derechos, la exclusión social, la marginación, el chabolismo e incluso el sinhogarismo. En consecuencia, si viven en *contextos solidarios y de empoderamiento o de vulnerabilidad y extrema vulnerabilidad*, de ello dependerá el éxito o el fracaso en el proceso migratorio, también el bienestar, la salud física y mental de las personas migrantes.

El impacto sobre el bienestar y la salud mental de las personas migrantes

Más allá del término *migrante* o *persona refugiada*, lo fundamental es que hay personas y familias que experimentan *estrés, ansiedad y frustración* durante el proceso migratorio que marca de manera indiscutible un punto de inflexión en su vida, donde nada podrá volver a ser como había sido hasta ese momento. Llegan a un país del que no conocen, a menudo, ni la lengua ni las costumbres, reciben una multitud de exigencias y como señala Cyrulink (2006), “al desgarro inicial que les ha expulsado de sus países se añaden, sin cesar, otros traumas: el duelo, la miseria, la humillación administrativa, el fracaso escolar, la dificultad de integración mediante el trabajo” (p. 11). El bienestar y la salud mental de las personas migrantes y de sus familiares responden a un conjunto complejo e indisociable de factores individuales, sociales, económicos y culturales que remiten necesariamente a su estatus sociolaboral en la sociedad (Pechevis, 1995).

La migración entra en la categoría de los traumatismos acumulativos y de tensión, con reacciones no siempre ruidosas y aparentes, pero de efectos profundos y duraderos, siendo la ansiedad como estado o reacción una constante en el proceso migratorio. Destacan tres tipos de ansiedad (Grinberg, L. y Grinberg, R., 1984) que son: 1) la “ansiedad depresiva” (p. 108) que surge de las experiencias de pérdida masiva de todo lo que se ha dejado, con el temor de no poder recuperarlo jamás, lo que obliga a realizar un trabajo de duelo; 2) la “ansiedad paranoide” (p. 107) que surge como respuesta a las exigencias de adaptación vividas por el sujeto como abrumadoras y a veces con pánico por temor al fracaso y la incertidumbre por el futuro, y 3) la “ansiedad confusional” (p. 107) que surge por los sentimientos ambivalentes hacia lo que se ha dejado y lo nuevo encontrado. Aunque la migración no es en sí misma una causa de problemas de salud mental, se puede considerar como un *Acontecimiento Vital Estresante* que constituye un

factor de riesgo, afecta al individuo en todas las esferas de su ser y, posiblemente, provoque problemas de salud mental habituales, pero matizados por el estrés migratorio y la visión del mundo de la cultura de la persona migrante, siendo los más frecuentes las somatizaciones, las alteraciones psicosomáticas, adaptativas, afectivas y ansiosas, desajustes por estrés postraumático y crisis psicóticas como expresión del sufrimiento mental debido a las circunstancias de incertidumbre y a la pérdida del sentido de realidad. Así también, el incremento del sufrimiento emocional multiplicaría las alteraciones afectivas iniciadas en el lugar de origen, dada la dificultad para recrear las costumbres propias de la cultura, por la debilidad o ausencia de las redes sociofamiliares, favoreciendo la quiebra de vínculos y la marginación.

Ante situaciones adversas, como el estar en contextos de vulnerabilidad, el fracaso del proyecto migratorio, es probable que se generen *sentimientos de frustración*, que se deben tener en consideración y entender "en su dimensión más profunda, o sea, desde el punto de vista del sujeto que la padece, y no, en modo alguno, desde el punto de vista de el otro o de los otros" (Castilla del Pino, 1975, p. 69). La frustración, cuando no es vivenciada como responsabilidad del sujeto, solo tendrá como consecuencia algún tipo de resignación. Sin embargo, cuando el sujeto siente algún tipo de responsabilidad y culpa, tanto si fueran inducidas por la actitud negativa del contexto, como por la toma de conciencia resultado de reflexiones propias sobre su pasado y su presente, valorando el conjunto de su experiencia vital como fracaso, esto provocaría importantes consecuencias emocionales y conductuales.

En la infancia, el estrés migratorio puede entorpecer el proceso de socialización. Es frecuente observar retraso en rendimiento escolar, comportamiento de aislamiento, con el riesgo de la exclusión y marginación social. En la adolescencia, se pueden observar conductas desadaptativas, reacciones depresivo-ansiosas, tendencia al consumo de tóxicos, ideación suicida e incluso el suicidio, a causa de su situación de estar entre dos contextos socioculturales, mutuamente excluyentes, el rechazo y la marginación y la ausencia de una pandilla contenedora de las emociones contradictorias.

La situación de *persona refugiada y de solicitante de asilo* genera desesperanza, sentimientos de minusvalía, sensación de haber llegado al límite de sus fuerzas, rabia contenida, actitud de desconfianza, temor, desasosiego, incertidumbre, frustración, sentimientos de culpa y angustia. Así también *duelo por las pérdidas*, como consecuencia de la pérdida de expectativas del futuro, de la pérdida del estatus social y de la pérdida brusca y masiva de redes familiares y sociales. Todo ello puede incrementar el sufrimiento emocional, motivar alteraciones psicológicas, cambios comportamentales y dificultar la plena adaptación al nuevo entorno.

Destacar la *fatiga emocional y cognitiva* en el proceso migratorio, especialmente en las personas recién llegadas, debido a la incertidumbre, a las dificultades comunicativas y al desconocimiento del funcionamiento social y administrativo que se manifiesta

sustancialmente por: embotamiento, bloqueo afectivo y emocional, cansancio, falta de atención, mal estado general, alteraciones del sueño, malhumor e irritabilidad. Tener en cuenta este fenómeno ayuda a comprender estas reacciones o manifestaciones, situándolas en su contexto y actuando en consecuencia sin patologizar o estigmatizar a las personas, tachándolas de agresivas o violentas, inexpresivas o no comunicativas. También es útil para la detección precoz de posibles problemas de salud mental como depresión, estrés postraumático o reacciones psicóticas, e incluso alteraciones del comportamiento y consumo de tóxicos.

Las personas que viven en contextos de vulnerabilidad extrema, es posible que presenten lo que se llama indefensión aprendida/desesperanza aprendida, que es un esquema de pensamiento que se desarrolla de forma gradual y que poco a poco carcoma las fortalezas psíquicas y físicas hasta el punto de doblegar la voluntad del sujeto. Con frecuencia, este estado de ánimo surge cuando el sujeto sufre repetidos fracasos, al enfrentarse a la misma situación conflictiva o a situaciones semejantes, sin conseguir el efecto que buscaba. Todo ello termina generando una sensación de estar en callejón sin salida y de impotencia, con la percepción de que la situación es incontrolable, con la consiguiente actitud de resignación, casi nihilista. Como consecuencia se establece un sistema perceptivo-reactivo negativo y estresante, por lo cual la persona acaba teniendo graves problemas de autoestima e importante falta de motivación. En casos extremos pueden surgir síntomas depresivos, de ansiedad, pensamientos de estar al límite con ideas e intentos de suicidio.

Por último y no por menos importante, mencionar *el duelo migratorio*. Es un *duelo vincular*, por las pérdidas de los vínculos familiares, sociales y de los referentes culturales. Simultáneamente, el sujeto se encuentra sumergido en un duelo por la pérdida masiva y múltiple de vínculos, de proyectos, de estatus social y de vivencias, a este duelo se suele llamar *duelo por las pérdidas*; al que se añaden también la incertidumbre, el temor a perder las expectativas y la esperanza en un futuro mejor, que se le puede llamar *duelo por el futuro*. El desarrollo y crecimiento psicológico, psicosocial e incluso el desarrollo humano en cualesquiera de sus facetas no está exento de elecciones, de renuncias y de pérdidas; en consecuencia, se puede entender la vida humana "como un conjunto de procesos de duelo escalonados e imbricados" (Tizón et al., 1997, p. 155). Lo que padece una persona migrante, pues, es un proceso de duelo en el que la persona tiene, ante todo, que asumir pérdidas que generalmente desbaratan planes, esperanzas y sueños para el futuro (al menos temporalmente) y, por otra parte, desafían las creencias y asunciones acerca de uno mismo y del mundo (Grinberg, L. y Grinberg, R., 1984). La elaboración, con éxito, de este duelo *vincular y por el futuro* dependerá del éxito en el proceso de adaptación e interculturación y del proyecto migratorio y viceversa. Para ello, es necesario que la persona se adapte a la nueva realidad y al mismo tiempo reestructure su mundo interno y sus relaciones socioculturales. También, resulta sustancial el apoyo y el apego de la sociedad de acogida y de su grupo de pertenencia, para que pueda salir

de esta crisis con éxito, y evitar la quiebra de la persona y de los vínculos.

Para terminar, decir que "en general, las personas migrantes poseen una capacidad de lucha que les hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Pueden tener sentimientos de tristeza, pero aún conservan una cierta esperanza que les impulsa a desear seguir viviendo" (Achotegui, 2002, p. 49). Esto es debido a la capacidad que tiene el sujeto y/o un grupo para mantener *un proceso de crecimiento y desarrollo* suficientemente sano y normal, para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de las condiciones y los acontecimientos adversos de la vida. Se trata, pues, de la *resiliencia*, que es el resultado de la interacción entre el sujeto y su entorno sociocultural, tiene que ver con el apego y el buen trato. Su aspecto clave es la capacidad de estar con el otro, porque no se es resiliente uno solo ni frente a todo ni en cualquier situación. *Es una alternativa de salud*. A veces, la resiliencia no es posible porque los recursos internos no fueron bien fortalecidos, y/o las condiciones externas no son las adecuadas y altamente estresantes (Barudy y Dantagnan, 2007).

A modo de resumen

Conviene recordar algunos aspectos tratados en este capítulo, por su interés para la comprensión de las claves del fenómeno migratorio, necesarias para la elaboración de las estrategias de actuación.

El fenómeno migratorio no es un problema, es una solución a los problemas individuales, familiares y sociales. Es una oportunidad de intercambio sociocultural y de pérdida de miedo a las personas diferentes y a la diversidad étnicocultural.

De la actitud, si es positiva, dependerá el éxito, la calidad de la interculturación y el surgimiento del nuevo *self,* mestizo y asumido con naturalidad por el sujeto y también por la sociedad. De lo contrario, la persona puede tener un *conflicto interno*, sentirse en el medio de dos corrientes opuestas, conflicto que probablemente devenga en sentimientos de fracaso, en problemas de salud mental, si este conflicto no se supera con éxito mediante la interculturación y la ayuda y comprensión de la sociedad de acogida y de su grupo de pertenencia.

La labor de profesionales de salud, agentes sociales y las ONG consiste en utilizar sus capacidades de vínculos, de empatía y de resiliencia apoyando a las personas migrantes en el proceso de empoderamiento, necesario para llevar a buen puerto el proceso migratorio; mejorando su capacidad de adaptación y ayudando a la sociedad en ser más inclusiva y que no mire a otro lado. Con la mirada puesta en las capacidades y fortalezas de las personas migrantes y no en sus debilidades y carencias, con una actitud solidaria, no sobreprotectora, evitando la victimización y la autovictimización, la estigmatización y la autoestigmatización.

Trabajar en red y reconocer los recursos comunitarios es inexcusable, dado que los individuos están inmersos, siempre, en varias redes familiares, sociales y culturales que les prestan apoyo y contención. En la situación de migración estos vínculos se debilitan, y el sujeto intenta repararlos.

La contextualización, el encuadre sociocultural, la perspectiva de género y etaria del fenómeno migratorio con perspectiva histórica es totalmente imprescindible para la comprensión e interpretación del comportamiento humano y de las circunstancias en la que se produce. Además, evitaría estereotipos y actitudes de prejuicio.

El estado de estrés en los contextos de vulnerabilidad y las características de los estresores son factores a tener en cuenta a la hora de categorizar a un contexto de vulnerabilidad, a saber: *la multiplicidad, la cronicidad y la intensidad*.

Es esencial para las personas migrantes recién llegadas el papel de acomodador de las instituciones públicas y privadas de la sociedad receptora, ya que el hecho de llevarlo a

cabo o no podría influir en el futuro del proceso migratorio. También lo es la acogida, el apoyo, la solidaridad y la orientación que realiza el colectivo de migrantes de su propio país, por su positiva influencia en el inicio del asentamiento.

Es necesario tener en cuenta aquellos factores y estrategias que favorecen la adaptación e interculturación de la población migrante como, por ejemplo:

- Contar con servicios de mediación intercultural, de intérpretes y traductores, a nivel municipal, comarcal o provincial. La mediación intercultural actúa como puente con el fin de promover la interacción entre la población migrante y la sociedad de acogida y de prevenir conflictos culturales, favoreciendo así el reconocimiento, el respeto y la aceptación de la diversidad, la búsqueda de estrategias y alternativas.
- Recordar la estrecha relación entre el proceso de adaptación-interculturación y el duelo migratorio, a mayor éxito menor duelo y viceversa.
- Prestar especial atención a las personas refugiadas y solicitantes de asilo; a las mujeres posibles víctimas de trata y de violencias; así también a las personas menores de edad. Atención a los posibles contextos de vulnerabilidad y a la vulneración de los derechos humanos en estas circunstancias.
- Fomentar las actitudes proactivas de apoyo y solidaridad por parte de la sociedad de acogida. Impulsar actividades interculturales y de participación ciudadana para evitar, en lo posible, el discurso del miedo y del odio.
- Promover el acceso a un empleo digno, una vivienda sana, la educación y la salud. Sin salud y bienestar no es posible la adaptación ni la interculturación.
- Tener presente que las personas migrantes son portadores de derechos y con deberes.
- La agrupación familiar como estrategia de humanización del proceso migratorio.
- La posibilidad de retorno como factor positivo en el proceso migratorio.

Referencias

Achotegui Loizate, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural.* Ed. Mayo.

Argyle, M. (1983). *Análisis de la interacción.* Amorrortu Editores.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2007). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa.

Barudy, J. y Marquebreucq, A.P. (Eds.). (2006). *Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio.* Editorial Gedisa.

Bastide, R. (1978) *Sociología de las enfermedades mentales, 4ª edición*. Siglo XXI.

Bateson, G. y Ruesch, J. (1984). *Comunicación, la matriz social de la psiquiatría.* Ed. Paidós.

Calvo, F. (1977). *Qué es ser emigrante*. Biblioteca Salud y Sociedad. Editorial La Gaya Ciencia.

Castilla del Pino, C. (1975). *Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación, 4ª edición.* Península.

Castilla del Pino, C. (1980). *Introducción a la Psiquiatría. 1. Problemas generales. Psico(pato)logía, 2ª edición.* Alianza Editorial.

Cyrulnik, B. (2006). Prefacio. En J. Barudy y A.P. Marquebreucq (Eds.), *Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio* (pp. 11-18). Editorial Gedisa.

Grinberg, L. y Grinberg, R. 1984. *Psicoanálisis de la migración y del exilio.* Alianza Editorial.

Grinberg, L. y Grinberg, R. 1980. *Identidad y cambio.* Paidós Ibérica.

Hora, T. (1950). Tao, Zen, and Existential Psychotherapy. *Psychologia, 2,* 236-42.

Maalouf, A. (1999). *Identidades asesinas.* Alianza Editorial.

Moliner, M. (1981). *Diccionario del uso del español.* Editorial Gredos, S.A.

Pechevis, M. (1995). Capítulo 1: Los hijos de los emigrantes. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (Eds.), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, vol. VII* (pp. 19-34). Ed. Biblioteca Nueva.

Sayed-Ahmad Beiruti, N. (2010). Experiencia de migración y salud mental. Hacia un nuevo modelo de salud. En L. Melero Valdés (Ed.), *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes* (pp. 259 – 295). Fundación CeiMigra.

Sayed-Ahmad Beiruti, N. (2016). Proceso migratorio: ¿Vulnerabilidad o bienestar y seguridad? *Boletín Psicoevidencias 46,* 1-8.

Sayed-Ahmad Beiruti, N. (2017). Personas migrantes, refugiados y sociedad ante el reto de la integración y el bienestar psicosocial. En I. Markez Alonso, P. Favieres Ruiz, G. López Neyra y N. Sayed-Ahmad Beiruti (Coord.) (Eds.), *El bienestar psicosocial de las personas migrantes y refugiadas. Cuadernos Técnicos 19* (pp. 55 – 72). AEN, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Soriano, R. (2004). *Interculturalismo.* Ed. Almuzara.

Tizón, J.L., San-José, J. y Nadal, D. (1997). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental, vol. 1.* Herder.

Tseng, W. (2001). *Handbook of Cultural Psychiatry.* Academic Press.

Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. y Jackson, D.D. (1981). *Teoría de la comunicación humana.* Editorial Herder.

Antropología y salud mental

Dilemas y desafíos contemporáneos[4]

Ángel Martínez-Hernáez

Presentación

La antropología y las disciplinas que abordan el campo de la salud mental -léase: psiquiatría, psicología y psicoanálisis, entre otras- están destinadas a entenderse. Existen varias razones para pensar en estos términos. Una de ellas es que la antropología no puede obviar las teorías 'psi' y los nuevos conocimientos neurocientíficos, así como el carácter estratégico de los procesos 'psicopatológicos' para entender las dinámicas sociales y culturales de nuestro tiempo. Otra de las razones -esta vez en el campo de las ciencias 'psi'-, es que difícilmente podemos crear una teoría atinada de los padecimientos psíquicos sin considerar que los sujetos afectados (profesionales y cuidadores) son también actores sociales, que viven sus existencias en universos de significado y de desigualdades estructurales que moldean sus emociones y su percepción del mundo y que acaban codeterminando, junto a los procesos biológicos y psicológicos, las aflicciones humanas. Como indicaron Lewis-Fernández y Kleinman (1995) hace casi tres décadas, una psiquiatría que no valore los factores sociales y culturales es tan incompleta como una psiquiatría que no dé cuenta de los procesos psíquicos y/o biológicos.

La conciencia de esta necesidad la encontramos en la historia de la psiquiatría, por lo menos desde Kraepelin (1909) y sus investigaciones con 'pacientes' del contexto amerindio y sudasiático encaminadas a poner a prueba la validez de sus clasificaciones 'psicopatológicas' o, si se prefiere, desde Freud (1985) con sus tentativas de ubicar el Complejo de Edipo como estructura fantasmática en el origen de la cultura. Desde entonces, la proliferación de términos para definir este campo de estudio ha sido una constante: psiquiatría transcultural (Prince y Wittkower, 1974), psiquiatría comparada (Murphy, 1982), etnopsiquiatría (Devereux, 1973), antropología psiquiátrica (Guyotat, 1994), y otras muchas fórmulas entre las que se cuentan las más modernas de psiquiatría cultural (Kirmayer y Minas, 2000; Tseng, 2001), salud mental multicultural (De Jong y Van Ommeren, 2005) y salud mental global (Sorel, 2013; Patel et al., 2014). Esta diversidad terminológica denota una clara dispersión y la existencia de diferentes intereses en juego.

[4] Este capítulo es una actualización de Martínez-Hernáez (2008). Además, algunos fragmentos del texto están basados en Martínez-Hernáez (2006).

Tradicionalmente, los saberes 'psi' han observado la cultura y los factores sociales como un territorio anecdótico al que únicamente apelaban cuando tenían que informar de los fenómenos 'psicopatológicos' en el ámbito de culturas entendidas desde la razón occidental como exóticas. De hecho, solo cuando las sociedades contemporáneas han intensificado y/o reconocido su diversidad interna la cultura ha aparecido como un factor más perentorio pues ¿qué hacer cuando una persona atendida nos dice que sufre de 'síndrome de dhat', que está poseído por un 'orixá', o que padece de 'susto'?, ¿cómo discernir, por ejemplo, una estructura delirante de las ideas congruentes con la cultura del sujeto?, ¿cómo afrontar el reto de la multiculturalidad en una consulta de psiquiatría? o ¿cómo diseñar un estudio epidemiológico cuando las personas entrevistadas no entienden las cuestiones de las escalas o los instrumentos, y no porque no se hayan traducido con anterioridad a su lengua vernácula, sino porque no reconocen como inteligibles categorías como 'culpa', 'autoestima', 'preocupación por la pérdida del empleo' o simplemente 'ánimo deprimido'?

La antropología, por su parte, se ha interesado tradicionalmente por las aflicciones como un medio para analizar las dinámicas culturales o los procesos sociales y no como un fin en sí mismo. Frente a las necesidades asistenciales en salud mental ha opuesto clásicamente una actitud académica y también más alejada de la realidad práctica. Con todo, desde hace más de cuatro décadas se ha generado una enorme producción de investigación tanto crítica como aplicada que aporta datos empíricos y que se expresa en su papel activo en la salud mental global contemporánea (Kohrt y Mendenhall, 2015; White et al., 2017).

En este panorama de intereses cruzados podemos hallar algunos puntos de confluencia entre la antropología y los saberes 'psi' más social y culturalmente informados. Uno de ellos es la idea de que las personas atendidas no son islas 'psicopatológicas' independientes de su contexto. Las personas afectadas viven en un mundo social que determina el alcance de sus malestares, su pronóstico y los tratamientos más adecuados; también sus posibilidades para desarrollar una función social activa, para tener una vida autónoma y para sufrir o no exclusión o estigmatización. Y estas evidencias no pueden ser sustituidas por el estudio de la biología del cerebro o del lenguaje del inconsciente. Lo que sigue es, precisamente, un estado de la cuestión reflexivo sobre algunos de los temas en los cuales la antropología y los saberes 'psi' están destinados a entenderse para poder dar cuenta de los retos contemporáneos en salud mental.

La cultura y la validez de las nosologías

Una característica de la antropología contemporánea es la aplicación del concepto de cultura a los llamados sistemas expertos, incluidas las profesiones de la salud y la salud mental. Esto significa recordar que los o las profesionales no son seres aculturales o asociales, ni tampoco lo es su conocimiento sobre los fenómenos 'psicopatológicos'. La

cultura como sistema de simbolizaciones complejo que nos diferencia del resto de especies, así como su diversidad plasmada en formas particulares -esto es, las diferentes culturas existentes- es la responsable de nuestro conocimiento sobre las cosas, incluyendo los llamados sistemas expertos y sistemas científico-técnicos. De hecho, una de las contribuciones más relevantes de la antropología al campo de la salud mental no ha sido confirmar que la cultura es una variable importante en la determinación o codeterminación de lo que es un problema de salud mental, sino hacer consciente que la psiquiatría y las otras disciplinas del espectro 'psi' -y obviamente también la antropología- son también sistemas culturales. Es lo que podemos llamar el 'descubrimiento de la cultura profesional' que había permanecido invisibilizada por la existencia de una fuerte demarcación epistemológica entre ciencia y cultura, entre sujeto y objeto de la investigación, entre profesional y 'paciente'. Las primeras personas integrantes de estas relaciones representaban generalmente la racionalidad; las segundas el ámbito de la cultura, la creencia y el error.

Tanto desde la antropología como de la psiquiatría cultural (Kleinman, 1977, 1988; Littlewood y Simon, 2000; Mezzich et al., 1999; Young, 1991) se ha introducido la idea de que las nosologías psiquiátricas como el DSM-5 son tentativas de otorgar nombres a los 'fenómenos psicopatológicos', pero también categorías dependientes de los contextos histórico-culturales en donde han sido creadas. Con ello no se intenta disolver todo conocimiento, sino simplemente mencionar la provisionalidad de toda taxonomía científica. Este punto es especialmente relevante cuando estamos hablando de las manifestaciones de los problemas de salud mental que si por algo se caracterizan es por su complejidad, su dimensión conductual y también por la ausencia de biomarcadores.

El uso de las categorías psiquiátricas como realidades más que como constructos es una práctica que ha sido definida por Kleinman (1977, 1988) como 'falacia categorial', especialmente cuando estamos exportando nosologías y criterios diagnósticos a contextos culturales en donde estos no adquieren coherencia ni sentido, o adoptan otras coherencias y otros sentidos. Una de las consecuencias de la falacia categorial es la tendencia a forzar la universalidad de los criterios diagnósticos, cuando sería tan relevante como oportuno partir precisamente de la diversidad de síntomas y cuadros clínicos, como es el caso de los '*culture-bound syndromes*' o síndromes dependientes de la cultura, para desarrollar teorías que pudiesen dar cuenta de la variación. Otra de las derivaciones del problema es la confusión que se establece entre validez y fiabilidad cuando la segunda, es decir, el grado de consenso y reproductibilidad de los juicios diagnósticos, es utilizada como criterio para validar las nosologías.

Un símil de Kleinman (1988) puede ser útil en este punto. Supongamos que diez psiquiatras estadounidenses que han recibido entrenamiento en las mismas técnicas y criterios diagnósticos deben entrevistar a diez personas amerindias que se encuentran en la primera semana de duelo posterior a la muerte de su esposo o esposa. Este grupo de profesionales podrán determinar con un 90% de consistencia que siete de las personas

entrevistadas escuchan la voz del espíritu de su esposa, el cual dialoga con ellos y ellas desde el más allá. En este caso estaremos ante un elevado grado de concordancia y fiabilidad. Ahora bien, la determinación de si esta experiencia es el síntoma de un estado mental anormal no podrá delegarse en la reproducibilidad de los juicios diagnósticos, sino en la interpretación de esta manifestación dentro de la cultura del sujeto. Como es sabido, en muchas culturas amerindias la experiencia de 'oír voces' de la esposa o esposo fallecido es una forma pautada y consuetudinaria de vivir el duelo y no puede asociarse con un síntoma psicótico. Diagnosticar de forma sistemática la experiencia auditiva de una persona amerindia en duelo como el indicio de un 'trastorno' conducirá a un juicio con una elevada fiabilidad, pero a la vez con dudosa validez.

La validez de las nosologías no puede soslayarse con una apelación a la concordancia y reproducibilidad de los juicios diagnósticos, especialmente en el caso de los problemas de salud mental, pues a la carencia de pruebas diagnósticas biomédicas se suma el hecho de que los síntomas psiquiátricos se superponen e imbrican con manifestaciones normales de la adversidad humana como la tristeza, la frustración, la infelicidad, el temor o el duelo, entre otras muchas. La conciencia de la relatividad cultural (a no confundir con el relativismo) de las nosologías, los juicios clínicos y los propios problemas de salud mental es la garantía, y no el obstáculo, para el desarrollo de un conocimiento científico y racional. La crítica que puede realizarse a los presupuestos del neokraepelinismo -y del determinismo biológico por extensión- no es precisamente su exceso de cientificidad, sino su falta de ella a la hora de abordar una complejidad que no puede reducirse a determinaciones genéticas y a la ilusión de un mundo y unas taxonomías estables. El contexto social, cultural y económico-político de la aflicción es una realidad que está ahí, como los cromosomas y los neurotransmisores, mostrándose necesario para distinguir correctamente un caso de un no caso, para la tarea de interpretación clínica, para la puesta a prueba de las nosologías, para la traducción y adaptación de los instrumentos diagnósticos y epidemiológicos, para la determinación de la etiología, sintomatología, curso, evolución y pronóstico de muchos de los problemas de salud mental, para la elaboración de políticas públicas y para la reflexión sobre la propia práctica profesional.

La cultura y la variabilidad de las aflicciones

Desde Kraepelin (1909), la variabilidad transcultural de la sintomatología ha constituido un dilema de las investigaciones comparativas que se ha visto potenciado por los resultados de estudios ya clásicos, como el *International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS)* (WHO, 1979), el *Determinant of Outcome of Severe Mental Disorders (DOSMD)* (Jablensky et al., 1992), el *Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders* (CSADD) (Sartorius et al., 1980) o la ulterior *World Mental Health Survey Initiative* (Kessler et al., 2006). Por ejemplo, en el IPSS se halló una mayor frecuencia de síntomas afectivos, ideas delirantes y delirios de inserción del pensamiento en personas atendidas de sociedades industrializadas, mientras en los contextos no industrializados 'las voces que

hablan al sujeto' y las alucinaciones visuales fueron más prevalentes. También se encontró una mayor proporción de diagnósticos del subtipo paranoide en Reino Unido, así como una mayor frecuencia de síntomas de desrealización en Estados Unidos en comparación con India, una mayor presencia de manía en Dinamarca y una alta tasa de esquizofrenia catatónica y del subtipo no especificado en India (WHO, 1979).

Los datos del IPSS tienen su continuidad en los resultados del DOSMD, donde se indica que los casos de esquizofrenia de tipo agudo son el doble en las sociedades no industrializadas frente a las industrializadas y se afirma que mientras los casos de esquizofrenia catatónica en estas últimas son prácticamente inexistentes, en las primeras alcanzan el 10%. En cuanto al subtipo hebefrénico se indica que, si bien se ha diagnosticado a un 13% en las sociedades industrializadas, en las no industrializadas solo se halla en un 4% (Jablensky et al., 1992).

Las investigaciones sobre otros problemas de salud mental han ofrecido resultados muy similares. En el ya clásico *CSADD Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders,* realizado en cinco países (Canadá, India, Irán, Japón y Suiza), se sostiene que mientras los sentimientos de culpa y autorreproche aparecen en el 68% de la muestra suiza, solo está presente en un 32% en la de Irán. Las ideas de suicidio también exhiben cierta diversidad, pues mientras su frecuencia es del 70% en Canadá, no alcanza el 50% en Irán. La agitación psicomotora adquiere, por su parte, una mayor presencia entre personas de Teherán incluidas en el estudio frente a la media de los diferentes centros y la somatización entre personas participantes de este país prácticamente dobla la frecuencia de las personas afectadas de Canadá o de Suiza (Sartorius et al., 1980).

En otros estudios transculturales sobre depresión se ha informado que en determinados contextos son raros el sentimiento de culpa, las ideas de suicidio, los sentimientos de desesperanza o la baja autoestima. Contrariamente, en estas sociedades parecen ser comunes los síntomas somáticos y cuasi somáticos, como los problemas del sueño, del apetito, de la energía, de las sensaciones corporales y del funcionamiento motor (Chen et al., 2003). La idea que las personas de occidente psicologizan y las personas no occidentales somatizan es ya un lugar común de los estudios comparativos, aunque esta información deba leerse sin maximalismos y de forma crítica (Bhugra y Mastrogianni, 2004), pues también algunos estudios indican que en los contextos occidentales se expresa el ánimo deprimido mediante un lenguaje somático (Parsons y Wakeley, 1991). En realidad, una de las limitaciones de las grandes investigaciones comparativas es su tendencia a esquematizar, constituyendo grandes bloques como 'culturas occidentales' y 'culturas no-occidentales', 'países desarrollados' y 'países en desarrollo' o 'Norte global' y 'Sur global' que no son útiles para abordar las diferencias intrínsecas a cada uno de estos bloques y a cada uno de los contextos sociales analizados; los cuales, con toda seguridad, muestran una gran variabilidad interna en términos de grupos étnicos, clase social, modelos de género, adscripción religiosa y/o mundo rural versus mundo urbano, por citar solo algunas dimensiones.

La solución clásica y más frecuentada ante el problema de la variabilidad sintomatológica ha consistido en la aplicación del modelo patogenia/patoplastia; una teoría introducida por Birnbaum que Kraepelin utilizó para distinguir entre el núcleo patogénico duro (patogenia) y las condiciones circunstanciales que impone la procedencia étnica, las formas de vida y la biografía del o de la 'paciente' (patoplastia) (Kendler y Jablensky, 2011). Este modelo se ha aplicado tradicionalmente en la psiquiatría asociando la patogenia con la forma del síntoma y la patoplastia con el contenido. Leff (1988) por ejemplo argumenta que mientras la forma comprende aquellas características esenciales que lo distinguen de otros síntomas diferentes, el contenido puede ser común a una variedad de manifestaciones y se deriva del contexto cultural de la persona usuaria de los servicios. Un ejemplo puede ser oportuno en este punto: las personas con depresión severa pueden oír voces diciéndoles que son criminales o pecadores. Las personas creyentes tendrán más tendencia a ser pecadoras y las no creyentes a ser criminales. La forma o patogenia será para Leff el hecho que en ambas situaciones estamos ante alucinaciones auditivas. El contenido o patoplastia, por su parte, adquirirá un carácter más volátil y dependiente de la cultura del sujeto, por ejemplo: sus creencias religiosas.

El modelo patogenia/patoplastia ha sido utilizado de forma generalizada en las investigaciones comparativas por su capacidad para establecer un equilibrio, aunque a nuestro juicio precario, entre la universalidad de la 'psicopatología' y la diversidad de los síntomas (Martínez-Hernáez, 2000). Mientras se respeta una evidente variabilidad, se hace énfasis en que la forma (o significante) es lo verdaderamente importante, pues es la que permite inscribir los síntomas en un marco nosológico determinado. El contenido, por su parte, es observado como una realidad afectada por las culturas locales, pero a la vez secundaria para el discernimiento de los cuadros. Ahora bien, la fórmula en cuestión no ofrece una solución para una parte importante de los casos.

Una de las carencias del modelo patogenia/patoplastia es que no permite contextualizar los casos de manera adecuada. En la medida que lo patoplástico es del orden de lo anecdótico no es determinante para definir, por ejemplo, si oír voces es una manifestación psicótica o una forma tradicional de vivir el duelo en ciertas culturas, como las amerindias. Otra de las limitaciones es que, en determinadas situaciones, la hegemonía de la forma sobre el contenido se invierte. Una sencilla pregunta puede ilustrar esta carencia: ¿La diferente manifestación de la depresión en síntomas de somatización o de psicologización qué es, una diferencia de forma o de contenido? Parecería que lo variable en este caso sería la forma, mientras que el contenido, llamémosle 'ánimo deprimido', sería lo invariable. ¿Cuál será en este caso el criterio para definir lo patogénico y lo patoplástico, la forma o el contenido?

Con el modelo patogenia/patoplastia se intenta confirmar la universalidad de los criterios diagnósticos a costa de minusvalorar la importancia del factor local. La dimensión cultural adquiere así una menor relevancia para entender los problemas de salud mental; esto es, cuestiones como si la persona que delira se cree un espía de la CIA o del Mossad se

considerarán en ese marco como temas de menor importancia. Sin embargo, la argumentación que permite llegar a esta deducción no se basa en criterios de objetividad, pues la forma no es siempre invariable ni el contenido debe entenderse como una realidad secundaria, ya que al fin y al cabo es la que organiza la experiencia de la persona. Una prueba adicional a nuestra argumentación es que el factor cultural desborda el plano sintomatológico para afectar otras variables clínicas como el pronóstico.

Las investigaciones transculturales antes citadas nos informan de un mejor pronóstico de la esquizofrenia en las sociedades no industrializadas en comparación con las industrializadas (Harrison et al., 2001; Leff y Warner, 2006; Sartorius et al., 1996). Las hipótesis para explicar esta variabilidad son múltiples. La propia OMS indicaba en el IPSS (WHO, 1979) algunas pistas que podrían guiar los estudios posteriores, como la posibilidad de que estuvieran involucrados factores locales (estructura familiar, factores económicos), que la variabilidad en el pronóstico se debiera a diferencias de tratamiento o que los síntomas visibles respondieran en el fondo a enfermedades diferentes.

En el DOSMD (Jablensky et al., 1992) la hipótesis cultural cobra más fuerza, ya que los resultados replican la variabilidad en el pronóstico y el diseño de cohortes según inicio agudo o insidioso de esta investigación permite descartar un posible sesgo de muestreo por el cual en las sociedades no industrializadas estuviesen incluyendo más problemas de salud mental con inicio agudo, y por tanto mejor pronóstico, que en las sociedades industrializadas. Por otro lado, la hipótesis de los factores socioculturales parece congruente con estudios anteriores, como los de Waxler (1979), quien a partir de sus trabajos comparativos había planteado que el pronóstico dependía de la respuesta social.

La idea de Waxler (1979) deriva de su observación de las familias cingalesas, las cuales presentan ante un caso de esquizofrenia un curioso comportamiento, pues no aceptan ni un diagnóstico de incurabilidad para la persona afectada ni la posibilidad de una cronificación, sino que negocian el diagnóstico con quien las atiende, ya sea psiquiatra o profesional folk. El motivo es que no conciben que el individuo sea responsable de su enfermedad, sino que su cuerpo o alma están poseídos. De esta manera, las expectativas sociales sobre el curso de la enfermedad se convierten en beneficiosas, ya que se espera que una vez recuperado de la posesión la persona afectada volverá a su estado de normalidad.

Si bien ha sido discutida (Cohen, 1992), la hipótesis sociocultural ha generado un interesante campo de investigación interdisciplinar (Halliburton, 2004; Thara, 2004) y podemos hablar de cuatro líneas de estudio que, si bien no son excluyentes ni contradictorias entre sí, pueden descomponerse a efectos analíticos:

Línea 1

La primera línea ha enfatizado el papel del trabajo y de las variables económico-políticas (Leff y Warner, 2006; Warner, 1985, 1992). Concretamente se alude a que la estructura de empleo formalizado de las sociedades de capitalismo avanzado junto a la demanda de habilidades a las personas asalariadas se convierte en obstáculo para la recuperación, al menos en comparación con el sistema de tareas no formalizadas que caracteriza otros contextos como los rurales.

Línea 2

El impacto de las concepciones culturales constituye una segunda línea de investigación relevante. Las nociones culturales sobre la subjetividad, la manera de entender la enfermedad, las expectativas de curación o cronicidad son, de hecho, factores fundamentales para el pronóstico (Thornicroft et al., 2022).

Línea 3

El tercer tema investigado ha sido el impacto de la familia a partir de variables como la 'emoción expresada' (EE); un término y una técnica para valorar las actitudes emocionales de familiares hacia las personas atendidas. Es sabido que a mayor EE, principalmente en sus dimensiones de hostilidad y criticismo, se producen más recaídas, peor curso de la enfermedad, menor inserción psicosocial y más sintomatología (Karno et al., 1987; Leff y Warner, 2006; Wig et al., 1987).

Línea 4

En último lugar tenemos los estudios sobre el impacto del tamaño y morfología de las redes sociales. Se trata de una variable profusamente estudiada en relación con las rehospitalizaciones, la calidad de vida y el desarrollo de habilidades (Martínez-Hernáez, 1999).

Probablemente, el dilema de la variabilidad del pronóstico de la esquizofrenia solo podrá resolverse con más investigaciones, entre ellas etnográficas, que permitan conocer de una forma comprehensiva la interacción de las diferentes variables involucradas. No obstante, una de las grandes ausencias de los estudios epidemiológicos transculturales acostumbra a ser, precisamente, la metodología etnográfica. Una de las razones es que este enfoque supone un ejercicio de investigación diferenciado con respecto a las ciencias de la salud y es, por ello, generalmente incomprendido como un método útil de análisis, pues no opera tanto desde la posición de saber del agente investigador, como desde la oscilación entre el saber y el no-saber. Expresado en otros términos: en etnografía un objetivo principal es dar cuenta del punto de vista nativo, sean estas personas nativas marroquíes en Europa, adolescentes de un centro educativo madrileño o familiares de personas afectadas por un problema de salud mental severo en Barcelona. Conocer las ideas nativas aquí es un ejercicio interpretativo de cómo categorías del tipo 'jnin' (magrebíes), 'estar rayado' (adolescentes de Madrid) o 'mi hijo padece de los nervios' (familiares en Barcelona) constituyen formas culturales que dan sentido a las experiencias de los actores sociales y orientan sus comportamientos. Y no solo eso, pues para operar etnográficamente es necesario activar una mirada más macroscópica que microscópica, más inclinada a relacionar variables sociales y culturales que interactúan en un contexto local que a asociar una conducta, un signo o un síntoma con una lógica 'psicopatológica'. De esta forma, el nexo explicativo etnográfico siempre se sitúa en el orden social más que en el individual, por lo que interesan más las diferencias culturales, las desigualdades económicas y de género, los procesos de exclusión o las distancias generacionales creadas en los grupos de edad, que las disfunciones dopaminérgicas, los criterios diagnósticos o los instrumentos epidemiológicos. De hecho, la etnografía usualmente aporta un conocimiento complementario que es útil para arrojar luz en el dilema de la variabilidad de los '*idioms of distress*' (formas de manifestar el distrés en función de la cultura e idiosincrasia de cada individuo) y el pronóstico de los padecimientos psíquicos en las diferentes culturas.

La cultura y los retos asistenciales en una sociedad globalizada

Si bien la diversidad étnica y cultural es un rasgo distintivo de las sociedades contemporáneas, la multiculturalidad no es un fenómeno nuevo. Como indica Lévi-Strauss (1996), las sociedades humanas nunca han estado solas, ya que siempre han dependido de un otro real o imaginario para construir su identidad. El elemento que marca la diferencia en la modernidad no es por tanto la diversidad, sino el grado de esta diversidad y los procesos de hibridación. El incremento de las migraciones transnacionales ha producido un efecto hasta ahora desconocido de desterritorialización de los grupos humanos que precisa de la formulación de nuevas políticas de cohesión

social y convivencia. Las tecnologías de la información han producido un efecto de empequeñecimiento del mundo y un aumento de la comunicación entre lugares distantes que ha permitido la modificación de las coordenadas espaciotemporales (Castells 1998): ahora lo simultáneo en el tiempo no es necesariamente contiguo en el espacio. Los procesos de globalización económica han generado una mayor interdependencia regional y un mayor desequilibrio en la distribución de los recursos que tiene efectos sobre los sistemas sanitarios: ausencia de sistemas de atención en salud mental en muchos países del Sur global, dificultad en el acceso a los tratamientos, inequidad en la atención, etc. La cultura de la modernidad, por su parte, ha adquirido el carácter de metacultura que filtra en los diferentes mundos locales y que incluso mediatiza nuestro contacto con los productos y representaciones de estos mundos a partir de la relación consumidor-mercancía. El mundo en el que vivimos es cada vez más un espacio de culturas líquidas y de hibridación desigual entre la metacultura global y los diferentes mundos locales.

En este escenario global, los servicios de salud mental deben afrontar el reto de la multiculturalidad. Los síndromes dependientes de la cultura, que se circunscribían a contextos foráneos, conforman ahora la cotidianeidad de la asistencia psiquiátrica. Lo mismo podemos decir de la diversidad sintomatológica o de la mayor presencia de problemas de salud mental adaptativos y de síndromes por estrés postraumático como consecuencia de los desarreglos de la globalización: conflictos bélicos, migraciones, desplazamientos de población, pobreza, etc. Los problemas derivados de la exclusión, la marginación y el racismo también adquieren relevancia en la salud mental, pues los problemas estructurales se materializan en la vida de personas concretas en forma de frustración, agresividad, violencia y otras emociones y comportamientos (Martínez-Hernáez, 2008).

Las respuestas a estas cuestiones han sido diversas en los diferentes contextos nacionales, pues la implementación de políticas públicas en salud mental ha sido dependiente de los modelos de ciudadanía más amplios que han englobado y ofrecido sentido a estas iniciativas. La reducción de las desigualdades en el acceso al sistema sanitario, la sensibilidad hacia las identidades y particularidades en el contexto de una ciudadanía multicultural o la simple negación de la diversidad han sido algunas de estas respuestas (Martínez-Hernáez, 2008).

El modelo británico (Littlewood, 1993), por ejemplo, ha tomado como base un liberalismo clásico asociado con su historia colonial y ha entendido que la respuesta más adecuada era la lucha antirracista en el acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, sus iniciativas están lejos de cumplir el ideal democrático de disminuir la brecha entre ciudadanía de primera y ciudadanía de segunda. El republicanismo francés (Freeman, 1997), con la delegación de la identidad cultural y étnica en el individuo, ha soslayado las desigualdades sociales que se imbrican con las identidades culturales y que afectan finalmente al ejercicio real de los derechos de ciudadanía. El modelo multicultural

(liberalismo multicultural) de Canadá (Kymlicka, 1995) no ha podido resolver el riesgo de que ante determinadas situaciones de desigualdad el reconocimiento de los derechos colectivos puede llevar a la conformación de guetos que favorezcan la segregación y la injusticia social. Las políticas estadounidenses, por su parte, han tendido a cosificar y esencializar la noción de etnicidad, y lo que es más preocupante, incluso de raza, generando un modelo de 'competencia cultural' que puede resultar tan formalizado como amplificador de las diferencias, a pesar de su considerable predicamento en la literatura médica (Goode, 1999; López, 1989; Melfi et al., 2000; Orlandi, et al., 1992; U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

La competencia cultural se ha definido como el conjunto de habilidades académicas e interpersonales que permiten que los individuos incrementen su comprensión y apreciación de las diferencias y similitudes culturales de los grupos humanos. La definición parece en principio adecuada. El problema se encuentra en su praxis. ¿Cómo congeniar un modelo basado en la observación, característico de las tendencias biológicas, con la escucha atenta necesaria para la sensibilidad cultural? ¿Dónde se ubica la cultura profesional en este escenario? ¿Qué debemos entender como cultura, el equipaje simbólico de personas usuarias de grupos no mayoritarios o cualquier mundo de representaciones y prácticas de estas personas? ¿Dónde incluimos fenómenos como el racismo estructural, la pobreza, la exclusión y tantos otros factores sociales que determinan las aflicciones humanas? Estas cuestiones no han recibido una respuesta adecuada desde el modelo de competencia cultural.

A mi modo de ver, la aplicación de la noción de competencia cultural ha presentado diversos riesgos y deficiencias en su puesta en práctica. Algunos de ellos han sido:

1. El énfasis en las habilidades de los agentes proveedores de salud en detrimento del análisis de las competencias del sistema sanitario y del escenario social más amplio.

2. La tendencia a cosificar las referencias culturales de las personas usuarias mediante un tratamiento asistemático de este tipo de variables en las historias clínicas. Por ejemplo, a menudo se ha comprendido la identidad étnica de la persona atendida como una información del mismo orden que el diagnóstico, el tratamiento o la sintomatología. Este error radica en la falta de formación del colectivo de profesionales de salud mental en antropología y en ciencias sociales. Error que lleva a tratar los factores socioculturales como variables biológicas.

3. La escasa atención prestada a las condiciones materiales asociadas con la diversidad cultural, especialmente en los colectivos más vulnerados (inmigrantes con situación administrativa irregular, personas refugiadas, etc.).

4. La comprensión de la cultura como un conjunto de creencias más que como un sistema que organiza la experiencia subjetiva. La noción de creencia deviene, finalmente, en una minusvaloración de los saberes populares y sus recursos terapéuticos que pueden ser aliados para la recuperación de las personas atendidas.

5. La reducción de los factores sociales y culturales al ámbito de la comunicación clínica, cuando también conforman un contexto explicativo de la etiología, la sintomatología, el curso, la evolución y el tratamiento de problemas de salud mental.

6. La atribución de la cultura exclusivamente a las personas usuarias pertenecientes a las minorías étnicas, de tal forma que tanto profesionales como personas atendidas pertenecientes a los grupos mayoritarios se convierten en sujetos 'aculturales'.

7. La concepción de la cultura como una realidad estable, cuando la modernidad se caracteriza por el dinamismo y la hibridación culturales.

8. La ausencia de principios metodológicos para investigar la asociación entre cultura y poder, principalmente cuando estamos hablando de grupos sociales caracterizados por la exclusión, la marginación y el racismo.

9. La excesiva protocolización de los procedimientos, que impide una contextualización, valoración y tratamiento adaptados a la especificidad de cada caso.

10. La creación de estereotipos culturales y/o étnicos que no dan cuenta de la diversidad interna existente en toda cultura y que pueden correr el riesgo de enquistarse en la forma de prejuicios.

Por las razones indicadas, en los últimos años ha emergido como un paradigma alternativo la "competencia estructural" *(structural competency)* que Bourgois et al. (2017) definen como "la capacidad de los y las profesionales de la salud para reconocer y responder con humildad autorreflexiva y compromiso comunitario frente a las formas en que las fuerzas socioeconómicas, culturales, políticas y económicas más amplias determinan negativamente la salud y los estilos de vida" (p. 17, traducción propia)[5]. Se trata de un marco para abordar las cuestiones de justicia social relacionadas con la salud que hace hincapié en el reconocimiento de las condiciones económicas y políticas que producen y racializan las desigualdades en salud (Harvey et al., 2022; Metzl y Hansen, 2014; Metzl y Petty, 2017; Neff et al., 2020). En este sentido se conforma como una estrategia para abordar los procesos estructurales que determinan la salud, ya sea en el campo clínico o en la investigación en epidemiología y salud pública, así como en las políticas sanitarias (Martínez-Hernáez et al., 2021; Martínez-Hernáez y Bekele, 2023).

[5] Texto original: "Structural competency" "The ability for health professionals to recognize and respond with selfreflexive humility and community engagement to the ways negative health outcomes and lifestyle practices are shaped by larger socio-economic, cultural, political, and economic forces" (Bourgeous et al., 2017, p. 17).

La cuestión a considerar desde un enfoque de competencia estructural es que una enfermedad (o un problema de salud mental) no es únicamente aquello que es en términos biológicos y/o psíquicos, sino sus condiciones sociales de producción o de existencia, esto es: el mundo social y sus relaciones intersubjetivas, sus conflictos, como la explotación laboral, la violencia de género, la desigualdad, la precariedad, la marginación, el estigma y el aislamiento, el racismo estructural, la fragilidad de los lazos comunitarios, el cierre del horizonte vital, los conflictos interpersonales, el maltrato institucional y otros tantos factores pulsando en los estados de ánimo, causando dolor y sufrimiento, dificultando e incluso a veces impidiendo que los individuos puedan "reproducir sus existencias y asegurar su protección" (Castel, 1997, p. 31).

Un problema de salud mental es también cómo se significa y resignifica y lo que se hace con él, cómo se construye, cómo se leen e interpretan sus manifestaciones y cómo se gestionan de acuerdo con un juego de nombramientos y anticipaciones que puede paliar el sufrimiento o aumentarlo, facilitar el acceso a un tratamiento o dificultarlo, promocionar una red de cuidados o un escenario de desamparo.

Desde mi punto de vista, una adecuada competencia cultural y estructural de los y las profesionales debe ir más allá del simple conocimiento y reproducción de estereotipos como si fuesen rasgos clínicos. Entre otras cosas porque la cultura es una realidad dinámica que se presta a la diversidad interna y al mestizaje. La reflexión sobre la propia cultura profesional y el análisis de la cultura de las personas a quienes se atiende es el punto de partida para una actitud de competencia en este ámbito, porque mueve a un diálogo entre saberes y presunciones en la interacción clínica y en la actividad asistencial en general. En este punto, la capacidad antropológica de situarse 'entre' un mundo profesional conocido y un mundo cultural por conocer es una herramienta que puede resultar de gran utilidad para transformar la competencia cultural en una competencia intercultural y estructural que permita conjurar los riesgos y las deficiencias que he apuntado anteriormente.

Conclusión

En este texto he realizado una reflexión crítica sobre tres ámbitos en los que los factores socioculturales adquieren un papel destacado: la cuestión de la validez de las nosologías psiquiátricas, la variabilidad transcultural de la sintomatología y el pronóstico de determinados problemas de salud mental y la adecuación de los servicios y políticas de salud mental a la realidad multicultural de nuestro tiempo. Por razones de extensión, he prescindido de otros temas que también necesitarían una atención especial, como la etnografía de los servicios de salud mental, el papel de los recursos populares o no-expertos en el tratamiento de las enfermedades mentales o los desafíos de la salud mental global; un tema, este último, en donde se reflejan las tensiones entre las políticas de talla única orientadas de arriba hacia abajo frente a las necesidades de los 'mundos' locales.

En el conjunto de los temas apuntados, el reto de la asistencia en contextos multiculturales es, sin duda, uno de los más candentes. Definir cómo el personal de salud mental puede ser competente intercultural y estructuralmente, requiere de un esfuerzo interdisciplinar entre la antropología y los saberes 'psi' que permita superar aquellas concepciones limitadas que otorgan el atributo de 'culturales' a determinados rasgos de personas usuarias de minorías étnicas de nuestro entorno, pero no así al resto de individuos atendidos o a sí mismos o mismas como profesionales. La 'competencia cultural' debe dejar paso a una 'competencia intercultural y estructural' que nos permita vislumbrar la atención como un diálogo entre profesional y persona atendida, entre el conocimiento experto y las representaciones de la persona usuaria, entre la cultura profesional y las diferentes culturas del entorno. También para dar cuenta del papel de los factores estructurales en la producción de los padecimientos psíquicos y en su curso y evolución. Solo así podremos enfrentarnos a la complejidad de la atención de las aflicciones humanas en el contexto de un mundo cada vez más tensionado.

Referencias

Bhugra, D. y Mastrogianni, A. (2004). Globalization and mental disorders. Overview with relation to depression. *Br J Psychiatry, 184,* 10-20. doi: 10.1192/bjp.184.1.10

Bourgois, P., Holmes, S.M., Sue, K. y Quesada, J. (2017). Structural vulnerability: operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Academic Medicine*, 92(3), 299-307. doi: 10.1097/ACM.0000000000001294

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Paidós.

Castells, M. (1998). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. 3 Vols.* Alianza Editorial.

Chen, H., Guarnaccia. P.J. y Chung, H. (2003). Self-attention as a mediator of cultural influences on depression. *Int J Soc Psychiatry, 49*(3), 192-203. doi: 10.1177/00207640030493005

Cohen, A. (1992). Prognosis for schizophrenia in the Third World: A reevaluation of cross-cultural research. *Cult Med* Psychiatry*, 16*(1), 53-75. doi: 10.1007/BF00054442

De Jong, J.T.V.M. y Van Ommeren, M. (2005). Mental health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance. *Transcult Psychiatry*, *42*(3), 437-56. doi: 10.1177/1363461505055625

Devereux, G. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barral Editores.

Freeman, P. (1997). Ethnopsychiatry in France. *Transcult Psychiatry, 34*(3), 313-9. doi: 136346159703400302

Freud, S. (1985). *Tótem y tabú. En Obras Completas de Sigmund Freud (3 Vols.)*. Biblioteca Nueva.

Goode, T.D. (1999). *Getting started: Planning, implementing and evaluating cultural competent service delivery systems in primary health care settings: Implications for policy makers and administrators*. Georgetown University, National Centre for Cultural Competence.

Guyotat, J. (1994). *Estudios de antropología psiquiátrica*. FCE, Fondo de Cultura Económica.

Halliburton, M. (2004). Finding a fit: psychiatric pluralism in south India and its implications for WHO studies of mental disorder. *Transcult Psychiatry, 41*(1), 80-98. doi: 10.1177/136346150404135

Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., et al. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, *178*(6), 506-17. doi: 10.1192/bjp.178.6.506

Harvey, M., Neff, J., Knight, K.R., Mukherjee, J.S., Shamasunder, S., Le, P.V., et al. (2022). Structural competency and global health education. *Global Public Health, 17*(3), 341–62. doi: 10.1080/17441692.2020.1864751

Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J.E., et al. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychol Med Monogr Suppl, 20,* 1-97. doi: 10.1017/S0264180100000904

Karno, M., Jenkins, J.H., De la Selva, A., Santana, F., Telles, C., Lopez, S., et al. (1987). Expressed Emotion and schizophrenia outcome among Mexican-American families. *J Nerv Ment Dis*, *175*(3), 143-51.

Kendler, K.S. y Jablensky, A. (2011). Kraepelin's concept of psychiatric illness. *Psychol Med, 41*(6), 1119-1126. doi: 10.1017/S0033291710001509

Kessler, R.C., Haro, J.M., Heeringa, S.G., Pennell, B.E. y Üstün, T.B. (2006). The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 15*(3), 161-6. doi: 10.1017/S1121189X00004395

Kirmayer, L.J. y Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry, 45*(5), 438-46. doi: 10.1177/070674370004500503

Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc Sci Med, 11*(1), 3-10. doi: 10.1016/0037-7856(77)90138-X

Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. The Free Press.

Kohrt, B.A. y Mendenhall, E. (Eds.). (2015). *Global Mental Health: Anthropological Perspectives*. Left Coast Press.

Kraepelin, E. (1909). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Achte Auflage*. Verlag Von Johann Ambrousius Barth.

Kymlicka, W. (1995). *Multicultural citizenship*. Oxford University Press.

Leff, J. (1988). *Psychiatry around the globe. A Transcultural view* (2nd ed.). Gaskell.

Leff, J. y Warner, R. (2006). *Social inclusión of people with mental illness*. Cambridge University Press.

Lévi-Strauss, C. (1996). *Raza y cultura*. Cátedra.

Lewis-Fernandez, R. y Kleinman, A. (1995). Cultural psychiatry. Theoretical, clinical, and research issues. *Psychiatr Clin North Am, 18*(3): 433-48.

Littlewood, R. (1993). Ideology, camouflage or contingency? Racism in British psychiatry. *Transcult Psychiatry, 30*(3), 243-91. doi: 10.1177/13634615930300030

Littlewood, R. y Simon, D. (Eds.). (2000). *Cultural psychiatry and medical anthropology: An introduction and reader*. Athlon Press.

López, S.R. (1989). Patient variable biases in clinical judgment: A conceptual overview and methodological considerations. *Psychological Bulletin, 106*(2), 184-203. doi: 10.1037/0033-2909.106.2.184

Martínez-Hernáez, Á. (1999). El pronóstico de la esquizofrenia. Un enigma común a la psiquiatría y a las ciencias sociales. *Arch Neurobiol, 62*(2), 135-50.

Martínez-Hernáez, Á. (2000). *What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding*. Routledge.

Martínez-Hernáez, Á. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cad Saúde Pública, 22*(11), 2269-2280. doi: 10.1590/S0102-311X2006001100002

Martínez-Hernáez, Á. (2008). Antropología y Salud mental. En N. Sayed-Ahmad Beiruti, R. García Galán y E. González Rojo (Eds.). *Monografía I. Salud mental en la inmigración. Red Isir. Colección Inmigración y Salud* (pp. 33-50). Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Martinez-Hernáez, Á, Bekele, D., Sabariego, C., Rodríguez-Laso, Á., Vorstenbosch, E., Rico-Uribe, L.A., et al. (2021). The Structural and Intercultural Competence for Epidemiological Studies (SICES) guidelines: a 22-item checklist. *BMJ Global Health, 6*(1), e005237. doi: 10.1136/bmjgh-2021-00523

Martínez-Hernáez, Á. y Bekele, D. (2023). Structural competency in epidemiological research: What's feasible, what's tricky, and the benefits of a 'structural turn'. *Global Public Health*, *18*(1), 1-14. Doi: 10.1080/17441692.2023.2164903

Melfi, C., Croghan, T., Hanna, M. y Robinson, R. (2000). Racial variation in antidepressant medication in a Medicaid population. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(1), 16-21. doi: 10.4088/jcp.v61n0105

Metzl, J. M. y Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine, 103,* 126–33. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032

Metzl, J. M. y Petty, J. (2017). Integrating and assessing structural competency in an innovative prehealth curriculum at Vanderbilt University. *Academic Medicine, 92*(3), 354–59. doi: 10.1097/ACM.0000000000001477

Mezzich, J.E., Kirmayer, L.J., Kleinman, A., Fabrega, H. Jr, Parron, D.L., Good, B.J., et al. (1999). The place of culture in DSM-IV. *J Nerv Ment Dis, 187*(8), 457-64. doi: 10.1097/00005053-199908000-00001

Murphy, H.B.M. (1982). *Comparative psychiatry: the international and intercultural distribution of mental illness*. Springer Verlag.

Neff, J., Holmes, S. M., Knight, K. R., Strong, S., Thompson-Lastad, A., McGuiness, C., et al. (2020). Structural competency: Curriculum for medical students, residents, and interprofessional teams on the structural factors

that produce health disparities. *MedEdPORTAL*, 16, 10888. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10888

Orlandi, M.A., Weston, R. y Epstaein, L.G. (Eds.). (1992). *Cultural competence for evaluators: A guide for drug abuse prevention practitioners working with ethnic/racial communities*. U.S. Department of Health and Human Services.

Parsons, C.D. y Wakeley, P. (1991). Idioms of distress: somatic responses to distress in everyday life. *Cult Med Psychiatry, 15*(1), 111-32. doi: 10.1007/BF00050830

Patel, V., Minas, H., Cohen, A. y Prince, M. (2014). *Global mental health: Principles and practice*. Oxford University Press.

Prince, R.H. y Wittkower, E.D. (1974). A review of transcultural psychiatry. En S. Arieti, y G. Caplan (Eds.), *American Handbook of Psychiatry*, *Volume 2, 2nd ed.* (pp. 535-50). Basic Books.

Sartorius, N., Gulbinat, W., Harrison, G., Laska, E. y Siegel, C. (1996). Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. A description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 31*(5), 249-58. doi: 10.1007/BF00787917

Sartorius, N., Jablensky, A., Gulbinat, W. y Ernberg, G. (1980). WHO collaborative study: assessment of depressive disorders. *Psychol Med*, *10*(4), 743-9. doi: 10.1017/s0033291700055033.

Sorel, E. (2013). *21st Century global mental health*. Jones and Bartlett Learning.

Thara, R. (2004). Twenty-year course of schizophrenia: the Madras Longitudinal Study. *Can J Psychiatry*, *49*(8). 564-9. doi: 10.1177/070674370404900808

Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A.A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., et al. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet, 400*(10361), 1438-1480. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2

Tseng, W.S. (2001). *Handbook of cultural psychiatry*. Academic Press.

Udina, M., Foulon, H., Córcoles, D. y Martín-Santos, R. (2012). Síndrome de Dhat: descripción de 6 casos. *Med Clin, 138*(7), 318–21.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: Culture, race and ethnicity - A supplement to the mental health report of the surgeon general*. U.S. Department of Health and Human Services.

Warner, R. (1985). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy*. Routledge & Kegan Paul.

Warner, R. (1992). Commentary on Cohen, Prognosis for schizophrenia in the Third World. *Cult Med Psychiatry,* 16, 85-8.

Waxler, N.E. (1979). Is outcome for schizophrenia better in nonindustrial societies? The case of Sri Lanka. *J Nerv Ment Dis, 167*(3), 144-58.

White, R.G., Jain, S., Orr, D.M.R. y Read, U.M. (Eds.). (2017). *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. Palgrave Macmillan.

Wig, N.N., Menon, D.K, Bedi, H., Leff, J., Kuipers, L., Ghosh, A., et al. (1987). Expressed emotion and schizophrenia in north India. II. Distribution of expressed emotion components among relatives of schizophrenic patients in Aarhus and Chandigarh. *Br J Psychiatry, 151*, 160-5. doi: 10.1192/bjp.151.2.160

WHO, World Health Organization. (1979). *Schizophrenia: An international follow-up study*. New York: Wiley.

Young, A. (1991). Emil Kraepelin and the origins of American psychiatric diagnosis. *Curare Special Volume, 7*, 175-81.

Los siete duelos de la migración. El duelo migratorio extremo (Síndrome de Ulises)[6]

Joseba Achotegui Loizate

Presentación

Me voy a referir en este texto a la salud mental de las personas inmigrantes y refugiadas que viven situaciones extremas. Emigrar se está convirtiendo en una situación cada vez más difícil para millones de personas. Así el Mediterráneo que había sido un mar de cultura, de civilización, de intercambio se está convirtiendo cada vez más en una barrera, en un foso, en un muro.

Si comparamos la foto de un grupo de emigrantes españoles de los 60 despidiéndose en un barco de sus familiares para ir a América, con una foto de en una patera llegando a las costas españolas llena de inmigrantes... está todo dicho. No es lo mismo emigrar en barco que emigrar en patera. No es lo mismo emigrar en condiciones difíciles que emigrar en condiciones extremas.

Evidentemente ni todo el mundo emigraba antes en barco, ni todo el mundo llega ahora en patera, pero el barco ha sido siempre una imagen prototípica de la migración. Desde hace apenas unos años nos encontramos ante una nueva era de las migraciones humanas: la era de los muros, las empalizadas, las fosas... Y todo parece indicar que esta situación no es coyuntural sino estructural con relación al sistema social de tipo neoliberal, la globalización, el cambio climático... Hay muros no tan solo en Ceuta y Melilla o entre USA y México, sino entre Bangladesh y la India, entre Malasia y Tailandia, Botsuana y Zimbabue, etc. Solo en el 2023 se están proyectando nuevos muros en Europa hasta completar 17 muros en total en el continente europeo.

[6] Este capítulo es una actualización de Achotegui Loizate (2008). La investigación en la que se ha basó el texto original tenía su origen en el marco del proyecto coordinado de investigación I+D (SEJ2005-09170-C04-01) financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia. Además, algunos fragmentos del texto están basados en Achotegui Loizate (2000, 2002, 2009, 2017, 2021).

El estrés y el duelo migratorio como lado oscuro de la migración

La migración, como la mayoría de los acontecimientos de la vida, posee junto a una serie de ventajas, de beneficios (como el acceso a nuevas oportunidades vitales y horizontes, la posibilidad de un 'renacimiento' -parto viene de 'partir'-), una serie de dificultades de tensiones, de situaciones de esfuerzo. La migración tendría una parte problemática, a la que se denomina 'duelo migratorio'.

Sin embargo, plantear la ecuación migración = duelo migratorio supondría negar la existencia de toda una serie de aspectos positivos en la migración, la existencia de beneficios. La migración es muchas veces más una solución que un problema. Pero es una solución que encierra, a su vez, su parte de problema, un lado oscuro de la migración, un peaje: el duelo migratorio.

Se podría expresar a través de un esquema esta relación entre los beneficios y los riesgos de la migración.

ESQUEMA 1

Es decir, tal como se puede observar en el esquema 1, en la migración, el área de los beneficios es superior al de los problemas. Y es importante resaltar ahora este aspecto con gran claridad porque, a pesar de que a lo largo de todo el capítulo se centra en el estudio del duelo migratorio, este no es sino una parte, y más bien pequeña, del conjunto de elementos que intervienen en el hecho migratorio. Sin embargo, este esquema, tan general y referido a tan grandes poblaciones, encierra como todas las estadísticas cierta trampa. Porque la media recoge la situación de los que van bien y de los que van mal (es como el viejo chiste de la estadística del pollo: si usted y yo nos hemos comido un pollo de media, bien podría ser que uno de los dos se hubiera comido dos pollos y el otro ninguno).

Lo mismo ocurre con relación al éxito o fracaso de la migración. Así el esquema real sería el siguiente.

ESQUEMA 2

ESQUEMA 3

Tal como vemos en el esquema 2, en la migración predominan los elementos, las variables positivas (señaladas con un +) frente a las dificultades o problemas (señaladas con un -). Y reitero que, aunque nos centremos en el estudio del duelo migratorio, en la parte complicada de la migración, no hemos de perder de vista lo que ahora planteamos que la migración es en buena parte un fenómeno positivo, enriquecedor (por eso el o la inmigrante apuesta por ella). Sin embargo, tal como plantearé, si las circunstancias, bien de tipo personal, bien de tipo social son problemáticas, estos beneficios de la migración disminuyen y predominan los aspectos negativos tal como vemos en esquema 3 en el que el duelo 'se come' los beneficios de la migración. Sin embargo, como vemos en el esquema 2, el hecho de que el duelo migratorio no sea sino una parte de los elementos que intervienen en el fenómeno migratorio no quiere decir que por ello carezca de importancia. Como tendremos ocasión de ver, es un duelo complejo y difícil, especialmente con relación a las circunstancias en las que tiene lugar. Entenderíamos por duelo "el proceso de reestructuración de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto" (Achotegui, 2000, p. 3).

La migración no es en sí misma una causa de un problema de salud mental. Sin embargo, la migración es un **factor de riesgo** en salud mental.

- Si existe vulnerabilidad: problemas de salud o discapacidad.
- Si el nivel de estresores es muy alto: el medio de acogida es hostil.
- Si se dan ambas condiciones.

Considero que habría que diferenciar desde la perspectiva de la dificultad en la elaboración del duelo, tres tipos de duelos:

- El duelo simple: es aquel que se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.
- El duelo complicado: cuando existen serias dificultades para la elaboración del duelo.
- El duelo extremo: es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto (este sería el duelo propio del Síndrome de Ulises).

El duelo migratorio posee una serie de características generales que abarcan cualquier tipo de contexto migratorio y que a su vez permite diferenciarlas de otros duelos. A estas características universales, generales, comunes a todo duelo migratorio, y a la vez diferenciadas de las características de otros duelos me referiré en este capítulo. De este modo, profundizaré en el concepto de duelo migratorio abordando cuáles son sus características generales. A la vez lo diferenciaré de otros procesos de duelo (por la muerte de un ser querido, por una separación afectiva, etc.). Estas variables serían:

Esquema de las características específicas del estrés y el duelo migratorio

Es un duelo parcial.

Es un duelo recurrente.

Es un duelo vinculado a aspectos infantiles muy arraigados.

Es un duelo múltiple: los siete duelos de la migración.

Da lugar a cambios en la identidad.

Da lugar a una regresión.

Tiene lugar en una serie de fases.

Supone la puesta en marcha de mecanismos de defensa y de errores cognitivos en el procesamiento de la información.

Se acompaña de sentimientos de ambivalencia.

El duelo migratorio lo viven también las personas autóctonas y las que se quedan en el país de origen (Tizón García et al., 1993).

El regreso del inmigrante es una nueva migración.

El duelo migratorio es transgeneracional.

El duelo migratorio es un duelo parcial

Hay un hecho clave que diferencia el duelo migratorio del duelo por la pérdida de un ser querido, el referente clásico de concepto de duelo. Y es que, en el caso de la migración, el objeto -el país de origen y todo lo que representa- no desaparece, no se pierde propiamente para el sujeto, pues permanece donde estaba y cabe la posibilidad de contactar con él. Es más, cabe la posibilidad de regresar un día, definitivamente, al lugar del origen. Es decir, el duelo migratorio es más un duelo por una separación que por una pérdida. Dos elementos básicos delimitarían el duelo migratorio: el tiempo y el espacio. El duelo migratorio es un duelo por:

- El tiempo: es decir, el período en que el o la inmigrante está fuera y en el que acontecen innumerables cambios, tanto en su país de origen como su propia persona. Es aquella vieja historia, tantas veces contada, de quien al regresar a su país de origen se encuentra con que sus compatriotas le dicen que le ven diferente, incluso que 'ya no es uno de los suyos'. Recuerdo el caso de un usuario italiano que explicaba compungido cómo cuando regresó a su país, tras muchos años de vivir fuera, al dirigirse a un señor en una gasolinera, este le había felicitado por su excelente nivel de italiano. '¿Es que soy italiano, sabe usted?' le respondió. Es decir, en su propio país ya ni siquiera le reconocían como nativo.

- El espacio: la distancia física que separa a la persona inmigrante de su país de origen.

El duelo migratorio es un duelo recurrente

Hemos visto en el apartado anterior que el duelo migratorio es un duelo parcial, en el que más que una pérdida -en el sentido estricto de que la persona se halla ante algo o alguien que desaparece para siempre-, lo que acontece en la migración es una separación en el tiempo y en el espacio. El hecho de que el duelo migratorio sea un duelo parcial da lugar a que el proceso de cambio sea diferente, -en mi opinión más complejo-, que el proceso que tiene lugar cuando la pérdida a elaborar es la muerte de un ser querido y el contacto con él o ella se interrumpe para siempre. En el caso de la migración el ir y venir con relación al objeto (el país de origen) da lugar a que los procesos de elaboración de la separación funcionen de modo recurrente. Así, es muy frecuente encontrarnos con que un viaje al país de origen, una llamada de teléfono o la información reaviven los vínculos con el país de origen. Y escribo 'reavivar' porque esos vínculos siguen activos durante

toda la vida, a veces de modo más consciente, a veces de modo más inconsciente. Estos vínculos con el país de origen se expresan muchas veces a través de las fantasías de regreso, que persisten de un modo u otro y que son reactivadas por toda una serie de acontecimientos de la vida que movilizan el duelo migratorio (fundamentalmente fracasos profesionales, afectivos, etc.). Además, en el contexto actual la recurrencia se halla fuertemente favorecida por la globalización que facilita un contacto casi diario de la persona migrante con la cultura del país de origen (teléfono, televisión parabólica, prensa, internet...). Y ese contacto reaviva los vínculos. De este modo, el contexto histórico en el que nos hallamos favorece que el duelo migratorio se convierta en algo inacabado y muy complejo de elaborar. El caso más paradigmático es el de un ecuatoriano que llevaba dos relojes en su muñeca: uno con la hora de aquí y otro con la hora de su país.

El duelo migratorio se halla vinculado a vivencias infantiles muy arraigadas

Como es sabido, la primera infancia constituye para los seres humanos una edad sensible en la que se estructuran toda una serie de vínculos con las personas próximas, la lengua, el paisaje, la cultura etc. A diferencia de la edad adulta, en la infancia no tan solo se viven los acontecimientos en los que la persona se halla inmersa, sino que esos mismos acontecimientos condicionan la forma como se construye la personalidad, forman parte por así decirlo de los materiales con los que se construye el edificio de la personalidad. La infancia nos moldea. La personalidad es como un edificio... se construye con los materiales del lugar... y para vivir en ese lugar. Pero si la persona se muda se han de hacer cambios en el edificio. Así un edificio construido en Alaska para vivir allá... si se traslada a Guinea Ecuatorial... pues se han de hacer muchas obras, porque el clima, la vida es muy diferente. Este planteamiento se basa en el concepto freudiano de trabajo del duelo (Freud, 2017[1917]). En la edad adulta la estructura de la personalidad se halla ya formada y los acontecimientos que se van viviendo actúan sobre algo ya construido que tan solo puede ser modificado en parte. De ahí que cuando la persona emigra ya está condicionada por lo que ha vivido en la infancia y lógicamente tendrá dificultades para adaptarse plenamente a la nueva situación.

El duelo migratorio es un duelo múltiple

Hemos visto en los apartados anteriores que el duelo migratorio es un duelo parcial, lo cual podría dar a entender erróneamente que es menos importante o intenso que el duelo total por la pérdida de un ser querido. Sin embargo, hemos visto que el duelo

migratorio, por ser parcial, es a su vez recurrente, tiende a cronificarse. También hemos visto que se halla íntimamente ligado a vivencias infantiles. Pero veremos a continuación que, además de todo lo señalado, el duelo migratorio es un duelo por muchas cosas. Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Todo lo que hay alrededor de la persona cambia, tanto más cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración. Tal como señalaba en un texto anterior (Achotegui, 2000) considero que, como mínimo, hay siete duelos en la migración:

- La familia y las amistades.
- La lengua.
- La cultura (costumbres, valores, visión del mundo...).
- La tierra (paisajes, colores, olores...).
- El estatus social.
- El contacto con el grupo de pertenencia.
- Los riesgos para la integridad física.

El duelo migratorio afecta a la identidad

Como no puede ser de otra manera, la multiplicidad de aspectos que conlleva la elaboración del duelo migratorio (familia, lengua, cultura, etc.) da lugar a profundos cambios en la personalidad de la persona que migra, hasta tal punto que modifican la propia identidad. Entiendo por identidad: “el conjunto de las autorrepresentaciones que permiten que el sujeto se sienta por una parte como semejante y perteneciente a determinadas comunidades de personas y, por otra, diferente y no perteneciente a otras” (Achotegui, 2002, p. 2). Hacer referencia a la identidad de una persona es hacer referencia a un juego de semejanzas y diferencias, podríamos decir que a un juego de espejos. Desgraciadamente, el concepto de identidad que se utiliza habitualmente en los medios de comunicación es un concepto muy sesgado y muy poco adecuado. Muchas veces se define la identidad en negativo, como ‘lo diferente’. Y ya hemos señalado que la identidad es un conjunto de semejanzas y diferencias. También es muy frecuente hacer

referencia a la identidad como algo que debe conservarse rígidamente, como algo que debe mantenerse puro y limpio, incontaminado cuando en realidad la identidad es una construcción, un proceso siempre inacabado. Si no es así se desvitaliza, se hace de cartón piedra. Al cabo del tiempo, la persona migrante, si ha logrado elaborar adecuadamente el duelo migratorio, se convierte en alguien que ha 'construido' una nueva identidad más compleja y más rica. Como decía muy gráficamente un conocido mío inmigrante: "los que amamos a dos países debemos tener el corazón más grande que los que aman tan solo a uno".

El duelo migratorio conlleva una regresión psicológica

La regresión, es decir, la posibilidad de comportarse de modo más infantil, sin tener que contactar con el mundo de modo realista y maduro, tiene un efecto de relajación ya que la vida social comporta un gran esfuerzo de adaptación, más aún en contextos como el migratorio. Las dos expresiones más básicas de esta regresión infantil son:

- Las conductas de dependencia: tendencia a comportarse a veces de modo sumiso ante las figuras de autoridad. Con relación a este punto, se tendría que señalar que a veces los servicios asistenciales también favorecen la dependencia (y, con ella, la infantilización) de quienes inmigran al actuar con posturas paternalistas.

- La queja infantil: otra actitud típicamente infantil ante la frustración y el dolor es la protesta, la pataleta. Y aquí podemos observar un fenómeno paradójico, pues el colectivo inmigrante tiende a protestar y quejarse de modo intenso justamente ante quienes mejor les tratan: los servicios sociales y asistenciales. Ello desconcierta profundamente al personal que trabaja en estos dispositivos. La explicación psicológica de este fenómeno es que la queja se deposita allá donde se encuentra alguien que puede aguantar, tolerar esa queja. Y, obviamente, los o las inmigrantes no irán a quejarse a la policía o a gobernación. El duelo se expresa allá donde puede expresarse. Otra expresión de la regresión sería la búsqueda de líderes que hacen la función de imágenes parentales.

La elaboración del duelo migratorio tiene lugar en una serie de fases

Desde los trabajos de Selye (1960[1956]) en sus investigaciones sobre el estrés, ha habido intentos de clasificar las etapas en las que se dan los procesos de afrontamiento del estrés. Selye (1960[1956]) hizo referencia a tres etapas:

Alarma

en la que el organismo reacciona con gran intensidad ante el estímulo estresor.

Resistencia

en la que se ponen en marcha respuestas más organizadas y sostenidas.

Adaptación

en la que el organismo se amolda al estímulo estresor.

Posteriormente, Bowlby (1985) hace referencia a cuatro etapas, a nivel de la elaboración psicológica de los procesos del duelo:

- Negación: no se puede aceptar la realidad del cambio y el individuo no la quiere ver.
- Resistencia: hay protesta y queja ante el esfuerzo que supone la adaptación.
- Aceptación: la persona se instala ya a fondo en la nueva situación (en el caso de la migración en el país de acogida).
- Restitución: es la reconciliación afectiva con lo que se ha dejado atrás y con la nueva situación (en el caso de la migración con el país de origen y el país de acogida).

En la experiencia profesional de mi equipo de trabajo hemos podido ver ciertas diferencias de género, ya que es más frecuente que las mujeres suelen referir que llegaron aquí y se encontraron con que no entendían nada de lo que decía la gente, hacía mucho frío, se pasaron varios días llorando... Pero luego, poco a poco, se fueron encontrando mejor, aunque les costó adaptarse. En el caso de los hombres es más frecuente que digan que no notaron nada especial al principio y que luego fueron viendo los problemas que había.

La elaboración del duelo migratorio utiliza una serie de defensas psicológicas

Los mecanismos de defensa, en cuanto que mecanismos psicológicos de manejo de la ansiedad, están obviamente presentes como algo normal en la elaboración del duelo migratorio. Los mecanismos de defensa no son inadecuados en sí mismos, sino solo cuando son masivos, porque distorsionan radicalmente la visión de la realidad para hacerla menos frustrante, más gratificante y, por lo tanto, nos impiden la adaptación a la realidad que es el objetivo evolutivo de la mente. Entre los mecanismos de defensa más utilizados en la migración se hallarían (Cramer, 1991):

La negación se suele expresar de dos maneras la primera, sosteniendo que todo es igual que en el país de origen. La segunda planteando que, aunque las cosas son diferentes 'a mí no me afectan'. Normalmente ambas defensas se utilizan más al inicio de la migración. Más adelante, el peso de la evidencia es demasiado fuerte como para seguir manteniendo la negación, salvo que la persona se halle ya ante una situación de fuerte desadaptación psíquica. La negación en la migración se expresa ante todo como confusión.

La proyección consiste en poner lo malo fuera. 'Las malas intenciones', 'lo malo', lo tienen las demás personas, las extrañas, las diferentes.

La idealización puede darse tanto del país de origen como del país de acogida. La idealización es una distorsión de la realidad en la que se exageran las cualidades de algo, negándose sus defectos. Es aquello tan socorrido de que 'mi pueblo es el más bonito del mundo' (en el caso del país de origen) o lo que explicaban emigrantes de España a Francia, al volver de vacaciones, de que allá 'ataban los perros con longanizas' (en este caso idealizando el país de acogida). Desde el psicoanálisis se sostiene que la idealización, a pesar de que es un funcionamiento psicológico muy común, e incluso aceptado socialmente, constituye una defensa en el sentido de que distorsiona, altera la realidad.

La formación reactiva consiste en hacer lo contrario del impulso. Se vería con frecuencia en los procesos de asimilación en los que la persona que migra, por la presión para amoldarse a la nueva cultura, hace en determinadas áreas lo contrario de lo que le dictan sus impulsos, que le llevarían de modo natural a mantener sus tradiciones valiosas. Este proceso daría lugar a una 'hiperadaptación' que podría compensarse a través de síntomas somáticos.

La ambivalencia hacia el país de origen y el país de acogida

En la migración se viven muchas situaciones de esfuerzo, de tensión, de frustración. Estas situaciones favorecen la rabia, y de este modo, se mezclan las emociones de amor y de odio. Quien migra siente a la vez amor hacia el país de origen y hacia el país de acogida, por todo lo que le han aportado, pero a la vez siente también rabia hacia el país de origen (del que tuvo que marchar porque no le daba lo que quería) y hacia el país de acogida (por las frustraciones que le impone para poder adaptarse y progresar). Una expresión muy frecuente y por todo el mundo conocida de esta ambivalencia es el hecho, que no es infrecuente ver, de que cuando están en el país de acogida se pasan el rato hablando de lo bonito que es este y cuando están en el país de origen se pasan el rato explicando lo bonito que es aquel. La comparación es odiosa y no es infrecuente que los comentarios de las personas migrantes generen ciertas reacciones adversas, tanto en las personas del país de origen como en las del país de acogida. Estas reacciones de incomprensión e incluso rechazo hace que acaben por sentirse mal en todas partes. Sin embargo, cuando la ambivalencia es moderada, puede favorecer la crítica constructiva, ya que el o la inmigrante conoce las dos culturas y puede comparar y aporta ideas útiles tanto para la sociedad de origen como para la sociedad de acogida.

El duelo migratorio no afecta tan solo a las personas inmigrantes sino también a las autóctonas y a quienes se quedan en el país de acogida

La migración es un hecho social. Y como todo hecho social tiene repercusiones sobre el conjunto de la sociedad. La migración es un proceso que da lugar a cambios en la vida no tan solo de quienes emigran, sino también en la vida de las personas del país receptor y en la vida de las familias que se quedan en el país de origen. La salud mental en la inmigración es como mover una pieza en un tablero de ajedrez: todas las piezas quedan afectadas... Así, las personas del país de origen también han de modificar aspectos de su vida a través de la relación con quienes migran: si, por ejemplo, resulta que nuestro hermano o nuestra hija se casa con una persona procedente del Pakistán o la China lógicamente se tendrán que tener en cuenta a nivel de la vida familiar, sus costumbres culinarias, religiosas, sus fiestas tradicionales (qué haremos en Ramadán, la Fiesta del Dragón...), su mentalidad, etc. Y habrá aspectos que se aceptarán gustosamente y otros que pueden resultar más conflictivos. La xenofobia y el racismo sería la no aceptación de ese duelo y el intento de rechazar todo cambio. Así, como me explicaba con humor un vecino que vivía en un bloque de pisos de la Ciutat Vella de Barcelona, él vivía hace 20 años rodeado de personas autóctonas: hoy en su escalera viven arriba unas personas de

origen chino y senegalés, enfrente otras de Bielorrusia y Pakistán, abajo otras más originarios de Perú y Marruecos... total que las reuniones de escalera son en 9 lenguas... aquello parece la ONU. Sale a la escalera y se encuentra con un señor que va con un turbante, otro con una chilaba, una señora con un sari, otra con un velo... y el hombre se ha de pellizcar... para ver que no está soñando porque no se ha movido de su casa y que, aunque él no haya emigrado, ¡también necesita un programa de integración!

Y, por otra parte, los o las familiares que quedan en el país de origen también notan su ausencia: hijos, hijas, madres, padres viven intensamente las separaciones, muchas veces por largos años. Recuerdo el caso de una mujer latinoamericana que tenía dos hijos pequeños en su país de origen y que nos explicaba cómo le afectaba el contactar con ellos – 'le rompían el corazón'- por la enorme presión emocional que ejercían sobre ella cuando le decían cosas como: 'mamá, cada mañana al levantarnos miramos si has regresado', 'hemos estado enfermos y no nos has cuidado...'. También las personas mayores que ven cómo marchan sus descendientes notan dolorosamente su ausencia, muchas veces con la fantasía de que quizás nunca más los volverán a ver. O sufriendo por la pérdida de contacto con sus nietos o nietas, a quienes, muchas veces, apenas si conocerán.

El regreso de la persona inmigrante es una nueva migración

Si una persona decide volver, tras migrar, a su lugar de origen vuelve a vivir una nueva migración. En el tiempo en que ha vivido fuera del país de origen, se han producido muchos cambios, tanto en su personalidad como en la sociedad de la que partió hace ya tiempo. Es la vieja idea de Heráclito, de que nadie se baña dos veces en el mismo río pues todo fluye.

Al regresar al país de origen llega una persona muy diferente de la que un día marchó y llega a un país que también es diferente. Se vuelve a repetir la situación inicial: volvemos a estar ante un proceso de cambio que comporta una parte de duelo por lo que se deja atrás, en este caso la vinculación que él o la inmigrante ha efectuado a lo largo de los años con el país de acogida. No es extraño que la elaboración de tantos cambios no sea a veces exitosa, pues no es fácil. Un ejemplo de mala elaboración lo tenemos, en la cultura española, en la figura del 'indiano', la persona que marchaba de joven a trabajar a América y regresaba ya mayor a su ciudad o pueblo de origen y se mostraba como alguien muy inadaptado: su vestimenta era la de la América tropical, con su traje blanco... vistiendo de un modo muy diferente a la gente del lugar (vestir de blanco, por ejemplo, en algunas zonas del norte donde la lluvia y el barro son frecuentes no es precisamente lo más adecuado).

El duelo migratorio es transgeneracional

La elaboración de esta larga lista de vivencias descritas en los apartados anteriores, lógicamente no se agota en la persona inmigrante, sino que afecta también a sus descendientes, que moldean su personalidad a través de las identificaciones que efectúan con las figuras de los padres o las madres. Se constata con frecuencia que los o las descendientes viven un duelo migratorio aún más complejo que el de sus padres: son personas que pueden haber nacido en el nuevo país, haberse educado en su cultura, etc., pero que a través de los vínculos familiares y del contacto con el país de origen han interiorizado también la cultura de su familia. Se ha demostrado (Harker, 2001) que el índice de problemas de salud mental de hijos e hijas de inmigrantes es superior a los que presentan las propias personas que migraron. Por otro lado, el grado de elaboración del duelo migratorio de sus progenitores ejerce una profunda influencia sobre las actitudes que adopten hacia el país de acogida los miembros de la siguiente generación. Y tengamos en cuenta -tal como ya he señalado- que las circunstancias que favorecen la exclusión, la marginación, favorecen que el duelo se prolongue a través de las generaciones, impidiéndose los procesos de integración e interculturalidad (un ejemplo muy claro serían las personas de raza negra en Norteamérica). Desgraciadamente, en la inmigración extracomunitaria actual también se están dando al menos una parte de estas circunstancias.

El duelo migratorio extremo: el 'síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple: síndrome de Ulises'

Tal como ya se ha señalado anteriormente, la situación de muchas personas inmigrantes y refugiadas es muy difícil en el mundo de hoy. En los últimos años hemos atendido en nuestro Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados del Hospital de San Pere Claver (SAPPIR) en Barcelona a muchas personas refugiadas procedentes de la guerra Libia, Siria y recientemente de Ucrania.

Hay que tener en cuenta que el duelo migratorio extremo no solo afecta a las personas inmigrantes sin documentación o a las refugiadas sin derecho de asilo, sino también a quienes a pesar de tener los papeles no pueden traer a la familia o vivir situaciones de discriminación por ser de países extranjeros.

Las relaciones entre el estrés social y la salud constituyen un tema cada vez más relevante en la investigación y en la atención clínica, pero si existe un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuantitativa y cualitativamente relevante y difícilmente discutible desde la perspectiva de sus relaciones con la salud, esa área es la de las migraciones del siglo XXI. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de

personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan 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' (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). El conjunto de síntomas que conforman este síndrome constituye hoy un problema de salud emergente en los países de acogida. Desde mi experiencia postulo que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estas personas y la aparición de su sintomatología psicosomática de tipo digestivo. El 'síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple' se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental (ámbito que es más amplio que el de los problemas de salud mental).

Malos tiempos aquellos en los que la gente corriente ha de comportarse como héroes para sobrevivir. Ulises era un semidiós, que sin embargo a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, pero las gentes que llegan hoy a nuestras fronteras tan solo son personas de carne y hueso que sin embargo viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en la Odisea. Soledad, miedo, desesperanza... Las migraciones del nuevo milenio que comienza nos recuerdan cada vez más los viejos textos de Homero como este: "...y Ulises pasábase los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente..." (Odisea, Canto V, 150). También es relevante el pasaje en el que Ulises para protegerse del perseguidor Polifemo le dice: "preguntas cíclope cómo me llamo... voy a decírtelo. Mi nombre es Nadie y Nadie me llaman todos..." (Odisea, Canto IX, 360). Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber salud mental.

Estresores y sintomatología del Síndrome de Ulises

Señalaré previamente que los estresores más relevantes son:

- La soledad ligada a la separación forzada de la familia ya que al no tener papeles no se puede efectuar la reagrupación familiar.

- El duelo por el fracaso del proyecto migratorio, el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando quien migra no logra ni siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante.

- La lucha por la supervivencia con problemas básicos de vivienda, de alimentación.

- El miedo con relación a los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las pateras, los camiones, etc.), las coacciones de las mafias, etc. Además, en todos los casos el miedo a la detención y expulsión, a los abusos...

Pero se ha de tener en cuenta que estos factores estresantes se hallan potenciados por toda una serie de aspectos:

- La multiplicidad de los estresores, ya que se potencian.

- La cronicidad: no es lo mismo padecer una situación de estrés unos días o unas semanas que padecerla durante meses o incluso años.

- La intensidad y la relevancia de los estresores ya que lógicamente hago referencia a estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo.

- La ausencia de sensación de control: si una persona padece estrés, pero conoce la manera de salirse de él reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en el que se halla inmerso.

- La ausencia de una red de apoyo social. Porque... ¿qué organismos se hacen cargo de estas personas inmigrantes?

- Hay que tener en cuenta que a estos estresores señalados se le han de añadir los estresores clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, de paisajes.

- El círculo se cierra si además la persona comienza ya a tener una serie de síntomas como ocurre al padecer este síndrome y las fuerzas para seguir luchando comienzan a fallarle. Se halla inmerso en un terrible círculo vicioso. Como señala Domic (2004) estas personas tienen la salud como uno de sus capitales básicos y lo comienzan a perder.

- A toda esta larga cadena de dificultades se ha de añadir por desgracia aún una más: el sistema sanitario, que debería ayudar a estas personas, no siempre las atiende adecuadamente:

    - Hay profesionales que, por prejuicios, por desconocimiento de la realidad de la inmigración, incluso por racismo, desvalorizan, banalizan la sintomatología de estas personas (lo cual desgraciadamente tampoco es tan sorprendente si vemos que la propia Organización Mundial de la Salud no tiene programas de salud mental para este colectivo).

- Otras veces esta sintomatología es erróneamente diagnosticada como 'trastornos depresivos', 'trastornos psicóticos', enfermedades orgánicas... padeciendo tratamientos inadecuados o incluso dañinos y siendo sometidos a todo tipo de pruebas, incluso cruentas y con efectos secundarios (aparte del gasto sanitario innecesario que conlleva).

Desde la perspectiva de la sintomatología, el 'síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple' se caracteriza por ser una combinación de toda una serie de estresores, ya señalados, y de toda una serie de síntomas que se describen a continuación. Esta sintomatología es muy variada y corresponde a varias áreas de la 'psicopatología'.

Hay sintomatología del área depresiva: tristeza, llanto..., pero no suele haber apatía ni ideas de muerte, por lo que no se trataría de una depresión. Sintomatología del área de la ansiedad como tensión, nerviosismo, preocupaciones intrusivas y recurrentes (que se hallan con relación a la extrema complejidad y dificultad de la situación en la que se encuentran) e insomnio. Sintomatología del área de la somatización, que comentaré con más detalle en el siguiente apartado, y sintomatología del área confusional: sensación de fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal etc... Finalmente, interpretación cultural de la sintomatología. En muchos casos, la persona inmigrante interpreta desde la cultura tradicional de su país de origen lo que le va ocurriendo en la migración. Hay inmigrantes que interpretan sus desgracias como una mala suerte provocada por la brujería, la magia, la hechicería, etc.

Destacan entre los síntomas somatomorfos sobre todo las cefaleas y la fatiga, que son síntomas frecuentes también en la clínica de la población autóctona, pero no tanto en personas jóvenes ya que estos síntomas (al igual que el insomnio) suelen presentarse a más edad. También son frecuentes otras somatizaciones, especialmente de tipo osteomuscular. En menor porcentaje se hallarían las molestias abdominales y aún menos las torácicas. Las molestias osteomusculares se explicarían con relación a las contracturas musculares que aparecen como respuesta al estrés. Especialmente son más intensas en la zona de la espalda y las articulaciones o, como dicen muy gráficamente inmigrantes de Hispanoamérica, en 'las coyunturas'.

La cefalea es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Ulises, ya que se da en una proporción superior a la de la población nativa española, que viven situaciones de estrés. En un estudio (Achotegui et al., 2005) el 76,7% de las personas diagnosticadas con el síndrome padecían cefalea. Las cefaleas que se ven en el colectivo inmigrante son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a las preocupaciones recurrentes e intrusivas intensas en que el sujeto que migra se halla sumido. Las molestias con frecuencia se concentran en la zona frontal y en las sienes. Desde una perspectiva psicoanalítica podrían estar ligadas a la utilización de la defensa de la negación (muy frecuente en el duelo migratorio extremo), al resultarles, a pesar de todo, más soportable

el dolor de cabeza que el seguir pensando en tantos problemas y adversidades (es tan frecuente la cefalea entre inmigrantes que en nuestro servicio solemos denominarla 'in-migraña').

Otro síntoma relevante es la fatiga. La energía se halla ligada a la motivación y cuando la persona durante largo tiempo no ve la salida a su situación hay una tendencia a que disminuyan las fuerzas. Este síntoma se da en la totalidad de la población atendida que sufre el síndrome, aunque en menor grado en quienes que llevan poco tiempo en el país de acogida. Es evidente que con este gran cansancio estos individuos difícilmente pueden ser diagnosticados de maníacos. Más bien se quejan de hallarse sin energía. Este cansancio se hallaría relacionado con otros síntomas ya descritos como el insomnio, la cefalea, etc. También es importante tener en cuenta que la expresión somática de los síntomas se halla modulada por factores culturales: así hemos visto, en la línea de lo señalado por Gailly (1991), una mayor tendencia de personas atendidas de origen magrebí a expresar molestias torácicas, de las de origen subsahariano a expresar molestias digestivas y de las de origen asiático a expresar síntomas relacionados con la sexualidad.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial con los 'trastornos depresivos'

Tal como se ha señalado, en el síndrome de Ulises, aunque hay sintomatología del área depresiva, que es además muy relevante, faltan toda una serie de síntomas básicos de la depresión estándar. La sintomatología depresiva presente en el cuadro es ante todo la tristeza y el llanto. De todos modos, fenomenológicamente, no es la tristeza de un cuadro depresivo estándar, es más la tristeza de un duelo extremo, de un pesar intenso, más en la línea de la desolación, magníficamente descrita por San Ignacio de Loyola, que no la tristeza del depresivo en el sentido clínico. En estos casos faltan síntomas muy importantes en la depresión, como la apatía, ya que es consustancial con el concepto mismo de depresión el hecho de que la persona no tiene ganas de ir adelante. Las personas inmigrantes quieren hacer cosas, tienen deseos de luchar, pero no ven ningún camino (y no porque deformen la realidad). En el episodio depresivo, como describe el DSM-IV-TR "casi siempre hay pérdida de intereses" (APA, 2008, p. 346). Y también se dan con menos frecuencia los pensamientos de muerte. Estas personas están más bien llenas de pensamientos de vida que de pensamientos de muerte. Piensan en sus hijos y/o hijas, sus familias... Sin embargo, también el DSM-IV-TR señala que en la depresión "son frecuentes los pensamientos de muerte" (APA, 2008, p. 347). Asimismo, mantienen la autoestima. Se puede decir que estas personas están caídas, pero no vencidas.

Diferenciación con los 'trastornos adaptativos'

Autores como Beiser (1996) han hecho referencia a que existe un 'trastorno adaptativo' específico de la inmigración. Y este planteamiento, que ya resultó polémico en su momento, podía quizás ser cierto para las migraciones del siglo XX que llegaban con papeles y a las que se les permitía la reagrupación familiar, el progreso..., pero considero que la situación de un número importante de inmigrantes de países extracomunitarios del siglo XXI es muy diferente y mucho más dramática por lo que no encajaría en este diagnóstico.

Con relación a los estresores el DSM-IV-TR señala que los "trastornos adaptativos" se caracterizan por "un malestar superior al esperable dada la naturaleza del estresor identificable" (APA, 2008, p. 639). En el caso de la población inmigrante, a la que hago referencia en primer lugar, no habría un estresor sino muchos y además se caracterizan por poseer una dimensión fenomenológica radicalmente diferente: lucha por la supervivencia, terror... Es decir, se trata de unos estresores de gran intensidad y de otra dimensión cualitativa. Hay, en opinión de nuestro equipo de trabajo, una clara diferenciación entre el 'trastorno adaptativo' y el síndrome de Ulises ya que, evidentemente, el malestar de los o las inmigrantes que viven estos estresores límite puede decirse sin ningún temor a equivocarse que es todo menos 'superior al esperable'. Es obvio que es más normal estar mal en dichas circunstancias, cuando todo falla alrededor, que ser insensibles a lo que se vive. Podríamos decir que en el 'trastorno adaptativo' el sujeto se toma sus problemas a la tremenda y que en el síndrome de Ulises los problemas son tremendos y el sujeto se los toma… pues como son. Diagnosticar estos cuadros como 'trastorno adaptativo' sí que, en opinión del equipo del Servicio de Atención Psicopatológica a Inmigrantes y Refugiados (SAPIR), parece psiquiatrizar, ya que se considera que el sujeto está fallando ante el estresor, algo que no es cierto, ya que supera su capacidad de adaptación.

Otra característica diferencial sería que mientras en el "trastorno adaptativo" se da "un deterioro significativo de la actividad social o laboral" (APA, 2008, p. 639), en el Síndrome de Ulises el sujeto mantiene su actividad. De todos modos, sí que nos podemos plantear que existe un continuum entre el 'trastorno adaptativo' y el Síndrome de Ulises.

Diferenciación con el 'trastorno por estrés post-traumático'

El cuadro que descrito tiene en algunos aspectos similitudes con el 'trastorno por estrés post-traumático'. Siguiendo al DSM-IV-TR vemos que "la característica esencial de este trastorno es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física" (APA, 2008, p. 452). En las personas con síndrome de Ulises, en el servicio que trabajo, observamos con frecuencia el estresor miedo o terror. Pero el DSM-IV-TR no recoge todos los otros estresores de gran intensidad que padecen las

personas inmigrantes. Así la soledad, el sentimiento de fracaso, la lucha por la supervivencia no tiene nada que ver con el concepto de 'trastorno de estrés post-traumático' en sí mismo y, sin embargo, son factores esenciales en el síndrome de Ulises. Otra diferencia radicaría en que, en el 'trastorno por estrés post-traumático', a diferencia del síndrome que describo, hay apatía y baja autoestima y conductas de evitación. La parte común al 'trastorno por estrés post-traumático' proviene de la respuesta al miedo, un estresor muy importante, tal como ya he señalado.

Discusión sobre el diagnóstico diferencial. El síndrome de Ulises se ubica en el ámbito de la salud mental que es más amplio que el ámbito de la 'psicopatología'

Considero que tener en cuenta los factores ambientales, las situaciones de estrés crónico, (tal como se está haciendo actualmente con otros cuadros como el *burn-out,* el *mobbing,* etc.) es muy positivo porque el estrés es sin duda una de las problemáticas básicas en salud mental, aunque aún es poco tenida en cuenta. A pesar de que es casi un lugar común hacer referencia a los planteamientos biopsicosociales en los discursos oficiales de la psiquiatría, a la hora de la verdad lo social sigue siendo la cenicienta de la psiquiatría y la 'psicopatología'. Considero que existe una relación directa e inequívoca entre los estresores límite que viven estas personas inmigrantes y la sintomatología del síndrome de Ulises. Además, el diagnóstico por causas, etiológico (el típico de la medicina, por ejemplo), es de mucha más calidad que el diagnóstico por síntomas ya que en general estos son inespecíficos y comunes a numerosas alteraciones. Este cuadro se ubicaría más en el área de la salud mental que propiamente en el área de la patología psiquiátrica, ya que son respuestas con numerosos síntomas psicológicos a situaciones extremas, y no enfermedades, o en todo caso estos cuadros se hallarían en el límite entre ambas áreas.

Con relación a la denominación "síndrome de Ulises" (Achotegui, 2002, p. 10) se ha de señalar que se basa en la definición de síndrome como conjunto de síntomas. No es preciso recurrir a la clásica definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que entiende la salud como "estado de bienestar físico, mental y social" (OMS, 2006[1948], p. 20), para entender que quienes han vivido una migración en situación extrema y presentan un amplio número de síntomas se hallan bien lejos de gozar de un estado de salud. Sin embargo, ante el reconocimiento de los problemas psicológicos de las personas inmigrantes ocurre algo muy parecido a lo que ocurre con los padecimientos de la mujer, o de las minorías: se tiende a tener una visión prejuiciada y desvalorizadora de esta sintomatología desde ciertos planteamientos de la psiquiatría que carecen de sensibilidad ante estas realidades sociales. Así, a nivel de género existe una clara discriminación hacia la mujer desvalorizándose cuadros - que sin duda son complejos a nivel nosológico como la fibromialgia, la fatiga crónica... Como señala Foucault (2000[1976]) el diagnóstico psiquiátrico no es algo objetivo, neutro, sino que se halla vinculado a las estructuras de poder y forma parte de lo que denominó "biopolítica" (p. 220).

Una objeción que se puede hacer a nuestro planteamiento es que denominar síndrome

a este cuadro puede suponer una psiquiatrización de esta población. Como respuesta diré que ya se ha señalado que la denominación de síndrome es ante todo descriptiva (como conjunto de síntomas). Es decir, no se está planteando que las personas migrantes con estos síntomas padezcan propiamente una enfermedad mental. Así, por ejemplo, estos sujetos inmigrantes tienen un resultado negativo en el cuestionario de Hamilton tanto de ansiedad como de depresión. Se señala que padecen toda una serie de síntomas que pertenecen al ámbito de la salud mental que es un ámbito más amplio que el de la 'psicopatología', a la que abarca.

Más bien al contrario, pienso que al plantear la delimitación y denominación de este síndrome de Ulises estamos contribuyendo a evitar que estas personas sean incorrectamente diagnosticadas como 'depresivas', 'psicóticas', ... al no existir una denominación a su padecimiento (convirtiéndose estos errores diagnósticos en nuevos estresores para las personas inmigrantes, a lo que hay que añadir los efectos adversos de los tratamientos, los gastos sanitarios, etc.). Por otra parte, tampoco estoy de acuerdo en decir que a estas personas no les pasa nada a nivel psicológico: sostener esto sería no aceptar la realidad de sus numerosos síntomas y discriminarles una vez más. Es decir, creo que el intento de nombrar una realidad, que nadie niega, es positivo (otra cosa es que nuestro planteamiento, como todo en ciencia, sea discutible y muy mejorable). Y, por otra parte, lo que sí me parece psiquiatrización, y se hace con mucha frecuencia en la clínica, es el diagnosticar como 'depresivos', o como 'trastornos adaptativos' a estas personas inmigrantes que viven estresores Ulises.

Considero que el síndrome de Ulises es a la vez síndrome y 'pródromos', constituye una puerta entre la salud mental y el 'trastorno mental'. Porque este síndrome sería una respuesta del sujeto ante una situación de estrés inhumano, de un estrés de tal naturaleza que es superior a las capacidades de adaptación del ser humano (vivir permanentemente en soledad, sin salida, con miedo...). Pero si esta situación no es resuelta existe un gran riesgo de que se acabe franqueando el umbral de la enfermedad. Es como si en una habitación se subiera la temperatura hasta los 100 grados. Tendríamos mareos, calambres... ¿Tendríamos una enfermedad por tener estos síntomas? No. Estos síntomas se corresponderían con un intento de adaptación fisiológica temporal a esa elevada temperatura ante la que fracasa la capacidad de termorregulación, lo cual da lugar a una serie de síntomas para intentar compensar, disminuir los efectos fisiológicos de la elevación de la temperatura. De todos modos, cuando la temperatura descendiera los síntomas desaparecerían. Pero si la situación persistiera indefinidamente el riesgo de enfermar se iría incrementando. Lo mismo ocurre con los síntomas en el síndrome de Ulises.

Es decir, el síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, y la intervención tendrá por objeto evitar que estas personas que padecen este cuadro acaben empeorando y lleguen a padecer un problema de salud mental estándar (por lo que el trabajo sobre el síndrome atañe no

tan solo a profesionales de psicología o psiquiatría, sino de trabajo social, enfermería y de asistencia primaria, educación social, etc.). Es obvio que ante las situaciones de estrés a las que han de hacer frente estas personas es previsible que haya un mayor riesgo de alcoholismo, psicosis... y tratar a alguien con un diagnóstico de psicosis, con déficits de apoyo social, dificultades de comunicación lingüística, cultural etc., es muy difícil, por lo que la prevención es fundamental con estas personas que padecen situaciones extremas.

Referencias

Achotegui Loizate, J. (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguero y J.M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 88-100). Editorial Bellaterra.

Achotegui Loizate, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural.* Editorial Mayo.

Achotegui Loizate, J. (2008). Duelo migratorio. En N. Sayed-Ahmad Beiruti, R. García Galán y E. González Rojo (Eds.), *Monografía I. Salud mental en la inmigración. Red Isir. Colección Inmigración y Salud* (pp. 63-86). Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Achotegui Loizate, J. (2009). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). En S.J. Villaseñor Bayardo (Ed.), *Psiquiatría, naturaleza y cultura. De lo singular a lo universal* (pp. 103-120). GLADET, Grupo Latino-Americano de Estudios Transculturales, A.C.

Achotegui Loizate, J. (2017). *El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple – Síndrome de Ulises. 6è Congrés Català de Salut Mental.* Migracións, Exili i Refugi: Drets Humans i Salut Mental.

Achotegui Loizate, J. (2021). El síndrome del inmigrante con duelo migratorio extremo: el síndrome de Ulises. Una perspectiva psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas, 68*(e2), 1-10.

Achotegui Loizate, J., Lahoz, S., Marxen, E. y Espeso, D. (2005). *Study of 30 cases of inmigrantes with the Immigrant Syndrome with Chronic and Multiple Stress (the Ulysses Syndrome).* XIII World Congress of Psychiatry [communicacion].

APA, American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Elsevier - Health Sciences Division.

Beiser, M. (1996). Adjustment Disorder in DSM-IV: Cultural Considerations. En J. Mezzich, J. Kleinman, H. Fabrega y D.L. Parron (Eds.), *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective* (pp. 215-234). American Psychiatric Association.

Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva.* Ediciones Paidós.

Cramer, P. (1991). *The Development of Defense Mechanisms: Theory, Research, and Assessment.* Nueva York: Springer Verlag.

Domic, Z. (2004). *Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises. Congreso "Movimientos humanos y migración".* Foro Mundial de las Culturas. Barcelona, 2-5 de Septiembre del 2004.

Foucault, M. (2000[1976]). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976).* Fondo de Cultura Económica.

Freud, S. (2017[1917]). *Duelo y melancolía. Obras Completas, vol. XIV* (pp. 235-256). Amorrortu.

Gailly, A. (1991). Symbolique de la plainte en le culture. *Le Cahiers du Germ, 2*(17), 4-19.

Harker, K. (2001). Immigrant generation, assimilation and adolescent psychological well-being. *Social Force, 79*(3), 969-1004.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (2006[1948]). *Constitución.* OMS.

Selye, H. (1960[1956]). *La tensión en la vida (el stress).* Compañía General Fabril Editora.

Tizón García, J. (Coord.), Salamero, M., Pellejero, N., Sainz, F., Achotegui, J., San José, J. y Díaz-Mungura, J.M. (1993). *Migraciones y salud mental. Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya.* PPU.

Bibliografía

Achotegui Loizate, J. (Ed.). (2003). *Inmigrantes en situación extrema. El Síndrome de Ulises.* Dossier del Encuentro Internacional sobre el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises). Parlamento Europeo, 5 de noviembre de 2003.

Achotegui Loizate, J. (Ed.). (2004a). *Dossier del Diálogo sobre el Síndrome de Ulises del Congreso "Movimientos humanos y migración".* Foro Mundial de las Culturas. Barcelona, 2-5 de Septiembre del 2004.

Achotegui Loizate, J. (2004b). Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental, 5*(21), 39-53.

Achotegui Loizate, J. (2022). *Los siete duelos de la migración y la interculturalidad.* NED Ediciones.

Aparicio Gómez, R. (2002). La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Las novedades de las actuales migraciones. En F.J. García Castaño y C. Muriel López (Eds.), *La inmigración en España. Contextos y alternativas. Volumen II* (pp. 29-37). Universidad de Granada, Laboratorio de Estudios Interculturales.

Arango Vila-Belda, J. (2002). La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Un intento de caracterización. En F.J. García Castaño y C. Muriel López (Eds.), *La inmigración en España. Contextos y alternativas. Volumen II* (pp. 55-67). Universidad de Granada, Laboratorio de Estudios Interculturales.

Benegadi, R. (2005). *Medical Anthropology and migration.* XIII World Congress of Psychiatry.

D'Ardenne, P. y Mahtani, A. (1999). *Transcultural Counselling in Action.* Sage Publications.

Devereux, G. (1951). *Psychotérapie d'un indien des plaines.* Fayard.

Fannon, F. (1970). *Escucha blanco.* Nova Terra.

Fernando, S. (Ed.). (1995). *Mental Health in a Multi-ethnic Society.* Routledge.

Freud, S. (2010[1930]). *El malestar en la cultura.* Alianza Editorial.

González de la Rivera, J.L. (2005). *Migración, cultura, globalización y salud mental* [conferencia de clausura]. II Jornadas de salud mental y medio ambiente.

Grinberg, L. y Grinberg, R. (1994[1987]). *Psicoanálisis de la migración y el exilio.* Alianza Editorial.

Hofstede, G. (1999). *Culturas y organizaciones. El software mental. La cooperación internacional y su importancia para la supervivencia.* Alianza Editorial.

Jenkins, R. y Üstün, B. (1998). *Preventing Mental Illness. Mental Health Promotion in Primary Care.* Wiley.

Klein, M. (1988[1957]). *Envidia y gratitud y otros trabajos. Obras Completas 3.* Paidós.

Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud.* Desclée de Bouvier.

Luong, C.-L. (2004). *De la psychologie asiatique. L'humain, le politique, l'étique.* L'Harmattan.

Milne, D.L. (1999). *Social Therapy. A Guide to Social Support Interventions for Mental Health Practitioners.* Wiley.

Nathan, T. (1999). *Médecins et sorciers. Les Empêcheurs de penser en rond.* Éditions La Découverte.Ortigues, M.C. y Ortigues, E. (1974). *Edipo africano.* Tiresias. Ediciones Noé.

Páez, D. y Casullo, M. (Eds.). (2000). *Cultura y alexitimia. ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* Paidós.

Pardellas. J.M. (2004). *Héroes de ébano.* Editorial Idea.

Phillips, K., First, M.B. y Pincus, H.A. (2004). *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico.* Masson.

Roheim, G. (1982). *Magia y esquizofrenia.* Paidós.

Sandi, C., Venero, C. y Cordero, Y.I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento.* Ariel.

Sow, I. (1978). *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire.* Payot.

Género y migración

Ifigenia Ana Frías Oncina

Introducción

En este capítulo se mostrará la manera en que el proceso migratorio es afectado por el género. Las desigualdades de género imprimen su particularidad al proceso migratorio y a su vez la articulación de migración y género incide de manera decisiva en la salud mental. Desde la perspectiva de género, pero contrabalanceando el sesgo masculino propio de nuestra cultura, este capítulo hace hincapié en la situación de las mujeres migrantes, tratando de evitar que queden diluidas o invisibilizadas en el complejo entramado de las identidades de género, pero teniendo en cuenta también la situación específica de personas LGBTI+ (lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex y otras identidades y corporalidades diversas) migrantes y en desplazamiento forzado.[7]

El género como complejo de identidades y de comportamientos adscritos a las mismas es una construcción social que varía según las culturas y las épocas, y afecta a todos los ámbitos de la vida de las personas, se enmarca dentro de las desigualdades en poder y privilegios, nivel social y acceso a los recursos sociales e interpersonales (Caro Gabalda, 2001). A lo largo del capítulo se abordará la discriminación de género que soportan las mujeres y personas LGBTI+ migrantes, una violencia añadida que agrava sensiblemente su proceso migratorio y constituye un riesgo para su integridad corporal y su salud mental.

A continuación, se abordarán aspectos específicos relacionados con la situación de personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado. Se describirán resultados de estudios recientes sobre experiencias de discriminación, violencia o persecución por

[7] A lo largo del capítulo, se habla de 'mujeres y personas LGBTI+ migrantes'. Cabe señalar que el colectivo de mujeres migrantes incluye a mujeres lesbianas, bisexuales, trans e intersex, por lo que 'mujeres migrantes' y 'personas LGBTI+ migrantes' no constituyen dos grupos excluyentes. Se ha optado por utilizar el término 'personas LGBTI+', teniendo en cuenta que no solo las mujeres pueden estar expuestas a situaciones de discriminación y persecución por motivo de género, sino también otras personas con orientaciones sexuales, expresiones / identidades de género o características sexuales diversas. Además, se hace también referencia a la situación específica de personas LGBTI+ en desplazamiento forzado.

motivo de orientación sexual, expresión / identidad de género o características sexuales en el país de procedencia, durante la travesía y en el país de acogida, y los riesgos relacionados para su bienestar psicológico y salud mental. Además, se resumirán estrategias para una atención socio-sanitaria respetuosa dirigida a personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado.

En el epígrafe siguiente, respecto a condiciones relevantes en la salud mental de las mujeres migrantes se expone cómo la migración femenina se enfrenta, en mayor medida que la masculina, a múltiples situaciones de pérdida y desarraigo, de estrés y duelo, de soledad, precariedad y violencia, mayor cuantas más cargas y menos recursos tienen, que van a interactuar con las condiciones de acogida, es decir, con determinantes sociales propios de sociedades occidentalizadas poco proclives a la acogida de migrantes, propiciando desigualdades e inequidades en salud. Como consecuencia, se va gestando una vulnerabilidad y una sintomatología que requiere intervenciones psicológicas y sociales. Se ahonda en los determinantes sociales, altamente discriminatorios cuando se trata de mujeres migrantes y racializadas, pues propician una triple vulnerabilidad. Las múltiples formas de discriminación e invisibilización que sufren las mujeres migrantes, además de una violencia añadida, son mecanismos estratégicos de la sociedad de acogida para negar su contribución a los cuidados, a las necesidades reproductivas y al desarrollo del país, a costa de una sobrecarga de trabajo que pone en riesgo su salud. Partiendo de la migración como un proceso de género que introduce profundos cambios y alteraciones en la vida de las mujeres migrantes con repercusiones en su salud mental, se requiere la perspectiva de género como categoría de análisis para evidenciar las experiencias, vicisitudes e impacto del proceso migratorio femenino, diferente al de los hombres. Es por tanto una herramienta imprescindible para visibilizar la migración femenina en su particularidad y para orientar las intervenciones. En este epígrafe queda especificado que la salud mental incluye variables físicas, psíquicas, culturales y sociales que son influidas por factores sociopolíticos y económicos, por tanto, es necesaria la perspectiva de género para comprender los diferentes modos de enfermar de hombres y mujeres, pero esto solo es posible si se tiene en cuenta su construcción social como sujetos y la asignación de espacios de poder en nuestra cultura como determinantes de los procesos de salud mental. Se habla del resquebrajamiento de la identidad y de su mundo anterior, a la vez que se abre la posibilidad de ir construyendo su mundo particular a través de nuevos lazos, generadores de los referentes y del sentido de pertenencia. Este es fundamental para favorecer la inclusión y es preciso construirlo en base a la participación social y la creación de entornos inclusivos.

A continuación, se abordan las manifestaciones clínicas más frecuentes desde una perspectiva de género. El sexo de las personas migradas, su identidad de género y su orientación sexual determinan cada etapa de la experiencia migratoria. Se constata la progresiva feminización de la migración y se destaca que las mujeres migrantes y las personas LGBTI+ a menudo son más vulnerables a la violencia y la explotación sexual

durante el proceso de movilidad y pueden enfrentar múltiples formas de discriminación entre las que es preciso señalar el hecho de ser migrantes, encontrarse en situación administrativa irregular o carecer de documentación, pero también debido a su género, expresión / identidad de género, características sexuales u orientación sexual, edad o etnia. El proceso migratorio, por su exposición a múltiples situaciones estresantes es considerado un factor de riesgo para la salud mental. Se parte de un modelo de producción social de la enfermedad en el que destaca la relevancia de tres determinantes de la salud de las mujeres migrantes que condicionan sus oportunidades sociales debido a su género: las condiciones laborales, la situación económica y la sobrecarga en las tareas del hogar. También se reflejan las fortalezas para hacer frente a las vicisitudes y la importancia del espacio socioafectivo como protector de la salud mental.

En lo referente a la taxonomía psiquiátrica y 'psicopatología' se adopta un posicionamiento centrado menos en el diagnóstico y más en el estado psíquico, en las vivencias, los temores e incertidumbres, la posición subjetiva frente a la culpa y el sufrimiento por la migración y sus consecuencias. Se especifican los síntomas, se profundiza en la elaboración del duelo y de las experiencias de violencia sufridas en el tránsito, en los malestares derivados de los obstáculos y dificultades para sobrevivir en el país de destino, la angustia y otras manifestaciones clínicas; y se entienden las alteraciones como reacciones de reajuste, de resignificación, de elaboración y acoplamiento, que a menudo se resuelven con escucha y contención terapéutica. Paralelamente se exponen los cuadros más habituales y se profundiza en el estrés postraumático y sus manifestaciones, así como la constatación del incremento del mismo, sobre todo en las mujeres.

El epígrafe referido al papel de profesionales y sugerencias para una intervención sanitaria clarifica el papel fundamental de profesionales de la salud para reorientar los dispositivos e intervenciones hacia una corresponsabilidad solidaria. En este sentido, es preciso diseñar programas de intervención acordes con la realidad detectada, dirigidos a atender las necesidades inmediatas y a paliar las desigualdades sociales y sanitarias u otros efectos negativos de las condiciones socioculturales del país de acogida y, en la medida de lo posible, diseñarlos y ejecutarlos de modo participado con las personas migradas. Se propone el abandono de dispositivos e intervenciones homogeneizadoras y asistencialistas en favor de una atención que remueve obstáculos, alienta el deseo de vivir, promueve la activación de sus propios recursos, rescata sus deseos y proyectos y abre posibilidades de desarrollo personal y social. Se trata de reescribir, resignificar los síntomas y crear nuevas posibilidades en el encuentro terapéutico. Paralelamente se insta a la creación de una transferencia positiva entre profesionales y mujeres y personas LGBTI+ migrantes que abra posibilidades a la elaboración psíquica, al acompañamiento y la contención de la angustia; pasos previos para una atención integral, sin olvidar la posición subjetiva de profesionales de la salud orientada necesariamente a la inclusión social y el acompañamiento terapéutico, con conciencia de los prejuicios y estereotipos

que les habitan, propios de la sociedad dominante. Se insiste en la articulación entre vertiente social y psicológica, entre subjetividad e impacto sociocultural a fin de intervenir en la salud mental desde las instituciones públicas con una mirada de reconocimiento de las particularidades y la subjetividad, y un enfoque multidisciplinar y participado. Finalmente, se hacen algunas recomendaciones generales relativas a la intervención y a la entrevista.

En el último epígrafe, la serie de reflexiones para concluir pone al descubierto que queda un gran trecho que recorrer para avanzar en derechos humanos y derechos de las mujeres y personas LGBTI+ migrantes. Es preciso que la ciudadanía en su totalidad se sienta concernida a contribuir en la construcción de una sociedad plural, diversa e inclusiva por tratarse de una responsabilidad insoslayable como seres humanos. Se nos convoca a transmitir la importancia de los determinantes sociales y los comportamientos e ideologías discriminatorias por género y etnia que influyen en la atención institucional y que impactan negativamente en la salud mental de las mujeres y personas LGBTI+ migrantes, a promover una cultura inclusiva y solidaria que acoja la diversidad, abierta a la hospitalidad genérica y étnica, y a promover intervenciones institucionales participadas y corresponsables. Paralelamente, se invita a cuestionar la cultura occidental para propiciar una cultura inclusiva y solidaria y se insta al Estado, a las instituciones y a la comunidad a sentirse interculturalmente convocadas a una transformación social y cultural.

Necesidades de atención en salud mental de personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado[8]

Amets Suess Schwend

Situación actual

En todo el mundo, también en Europa, las personas LGBTI+ están expuestas a situaciones de discriminación, patologización, exclusión social y violencia LGBTI+fóbica en el ámbito social, educativo, sanitario y administrativo.[9] Un estudio de FRA, Agencia de los Derechos

[8] El apartado 5.2. está basado en contenidos de los materiales formativos del proyecto *Supporting health coordination, assessments, planning access to health care and capacity building in member states under particular migratory pressure – 717275/SH-CAPAC*, co-financiado por el Programa de Salud de la Unión Europea, coordinación: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2016 (Suess Schwend, 2016a, 2016b). Se utiliza el término LGBTI+ (personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex y otras identidades y corporalidades diversas) como término paraguas, salvo cuando se nombra un estudio concreto con un uso terminológico diferente. Asimismo, se usa el término 'en desplazamiento forzado' como término paraguas para hacer referencia a personas que huyen de su país de origen por situaciones de discriminación, violencia, criminalización, persecución, conflicto armado o guerra, incluyendo a personas solicitantes de protección internacional, personas solicitantes de asilo y personas refugiadas, respetando en cada caso el uso terminológico de la bibliografía citada.

[9] Organismos internacionales y regionales, ONG y autores individuales han publicado estudios e informes sobre la situación de personas LGBTI+ en diferentes partes del mundo, entre ellos: Amnesty International, 2013, 2014; Balzer y Hutta, 2012;

Fundamentales de la Unión Europea sobre la situación de personas LGBTI en Europa realizado en 2019 (FRA, 2020) indica que el 53% de las personas participantes no muestran casi nunca o raramente que son personas LGBTI (pp. 23-24), el 21% se han sentido discriminadas en el trabajo por ser personas LGBTI en los últimos 12 meses anteriores al estudio (p. 33) y el 11% han experimentado un ataque físico y/o sexual relacionado con ser personas LGBTI en los últimos cinco años anteriores al estudio (p. 40). Al analizar los datos separados de personas participantes trans e intersex, se observan números aún más altos para ambos grupos (FRA, 2020). En la tercera edición del estudio publicado en 2024 (FRA, 2024), se constata un descenso de la discriminación percibida en el ámbito de trabajo de un 21% en 2019 a un 18% en 2023 (p. 16). Sin embargo, en caso de participantes intersex la discriminación percibida en el ámbito de trabajo aumenta de un 27% en 2019 a un 31% en 2023 (FRA, 2024, p. 16).

En un informe reciente del Consejo de Europa (2022) se constatan avances paulatinos para personas trans respecto a la aprobación de leyes de identidad de género sin requisitos médicos, paralelamente a un incremento de discriminación y discursos anti-trans en el contexto europeo. En una nota informativa publicada en 2015, FRA (2015) indica que en al menos 21 estados miembros de la Unión Europea se realizan cirugías 'normalizadoras' en menores de edad intersex.

Al mismo tiempo, se pueden constatar situaciones específicas de violaciones de derechos humanos en algunos países o regiones del mundo, incluyendo la criminalización y persecución por motivos de orientación sexual o expresión e identidad de género, falta de protección legal, situaciones de guerra, así como experiencias de discriminación continuada, exclusión laboral, violencia LGBTI+fóbica, crímenes de odio y muertes violentas.[10] Un informe de ILGA World et al. (2020) señala que "actualmente hay 67 Estados Miembros de Naciones Unidas con disposiciones que penalizan los actos sexuales consensuales entre personas del mismo sexo, y otros dos Estados Miembros de Naciones Unidas tienen una criminalización *de facto*" (p. 27), constatando además que "tenemos la plena seguridad jurídica de que la pena de muerte es el castigo prescrito legalmente para los actos sexuales consensuales entre personas adultas del mismo sexo en seis Estados Miembros de Naciones Unidas" (p. 26).[11] La base de datos de ILGA World (2024) identifica en su actualización más reciente (agosto de 2024) 60 países miembros de la ONU que criminalizan actos sexuales consensuales entre personas del mismo sexo por ley y 1 país que los criminaliza de facto, así como 7 países en los que el castigo legalmente prescrito es la pena de muerte. El Observatorio de Personas Trans Asesinadas de *TGEU,*

Carpenter, 2016, Comisión Europea, 2012; CIDH, 2015; Consejo de Europa, 2011, 2015; Díaz et al., 2020; FRA, 2013, 2014, 2015b, 2020; Hammarberg, 2010; Hugo y Pertl, 2023; ILGA World, 2020, 2023; Monro, 2019; ONU, 2019; TGEU, 2023; Zeeman et al., 2017.

[10] Acerca situaciones específicas de riesgo para personas LGBTI+ en algunos países, véase, entre otros, los siguientes estudios e informes: ACNUR, 2011, 2015; Balzer y Hutta, 2012; CIDH, 2015; Díaz et al., 2020; FRA, 2017; Hugo y Pertl, 2023; ILGA World, 2020, 2023; Jansen y Le Déroff, 2014; Jansen y Spijkerboer, 2011; ONU, 2019, 2023a, 2023b; TGEU, 2023; Zeeman et al., 2017.

[11] Cursiva en el texto, negrita en el texto eliminada.

Transgender Europe informa de 4.689 personas trans asesinadas entre 2008 y septiembre de 2023 (TGEU, 2023). La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ONU, 2019) constata que "los recién nacidos, niños y niñas intersex son víctimas de infanticidio y mutilación en múltiples regiones del mundo" (p. 26). En una reciente publicación sobre personas refugiadas y solicitantes de asilo intersex de OII Europe (Hugo y Pertl, 2023), personas intersex en desplazamiento forzado entrevistadas reflejan situaciones de violencia familiar, discriminación, exposición a intervenciones no consentidas, falta de acceso a atención sanitaria necesaria, persecución policial y riesgo de infanticidio en los países de procedencia.

Ante estas situaciones, algunas personas LGBTI+ deciden migrar a otro país, solicitando el permiso de residencia y trabajo, así como, en algunos casos, el estatus de protección internacional / asilo por motivo de orientación sexual, expresión / identidad de género o características sexuales.[12]

Las personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado no solo están expuestas a situaciones adversas en el país de origen, sino también durante la trayectoria y en el proceso de llegada al país de acogida. Diferentes estudios reflejan una exposición frecuente a situaciones de discriminación, discursos de odio, violencia LGBTI+fóbica física o verbal, trato administrativo estigmatizante, falta de acceso a la atención en salud, abuso sexual y riesgo de trata durante la trayectoria, en la frontera, en centros de recepción y durante el proceso de solicitud de protección internacional.[13]

Además, se identifican riesgos específicos en los países de acogida, incluyendo situaciones de discriminación y violencia xenófoba y LGBTI+fóbica por parte de la sociedad de acogida, dificultades en el acceso a atención sanitaria y alojamiento seguro, exclusión social y laboral y dificultades en el proceso de solicitud de protección internacional y acceso al reconocimiento legal de género.[14] FRA (2017) constata prácticas discriminatorias en el proceso de comprobación de situaciones de persecución por motivo de orientación sexual o identidad de género durante el proceso de solicitud de asilo. El Experto Independiente sobre la orientación sexual e identidad de género de la ONU señala un mayor riesgo de exposición a violencia física, verbal e institucional durante el trayecto migratorio para personas trans, incluyendo prácticas de evaluaciones

[12] Sobre proceso de de migración y solicitud de protección internacional / asilo por motivo de orientación sexual, expresión / identidad de género o características sexuales véase, entre otras, las siguientes publicaciones: ACNUR, 2011, 2015; Alessi et al., 2016; CIDH, 2015; Díaz et al., 2020; FRA, 2017; Hugo y Pertl, 2023; ILGA Europe, 2016a, 2021; Jansen y Spijkerboer, 2011; Lee y Brotman, 2011; Logie et al., 2016; Nematy et al., 2022; ONU, 2023a, 2023b; Shidlo y Ahola, 2013; Tabak y Levitan, 2014; Yarwood et al., 2022; Zeeman et al., 2017.

[13] Con relación a experiencias de discrimación, discursos de odio y violencia LGBTIfóbica durante la trayectoria, en la frontera o en centros de recepción, véase, entre otros, los siguientes estudios e informes: ACNUR, 2015; CIDH, 2015; FRA, 2017; Hugo y Pertl, 2023; ILGA Europe, 2016a, 2021; Jansen y Spijkerboer, 2011; Lee y Brotman, 2011; Nematy et al., 2022; ONU, 2023a, 2023b; Tabak y Levitan, 2014; Yarwood et al., 2022.

[14] Para consultar publicaciones que analizan la situación de personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado en países de acogida, véase, entre otras: ACNUR, 2011; CIDH, 2015; Díaz et al., 2020; Fedorko y Berredo, 2017; FRA, 2017; Gottlieb et al., 2020; Hugo y Pertl, 2023; ILGA Europe, 2016a, 2021; Jansen y Spijkerboer, 2011; Lee y Brotman, 2011; Logie et al., 2016; Nematy et al., 2022; ONU, 2023a, 2023b; Osborne et al., 2011; TGEU, 2016; Yarwood et al., 2022; Zeeman et al., 2017.

psiquiátricas, cirugías y esterilizaciones no consentidas (ONU, 2023b). En caso de personas intersex, OII Europe observa situaciones de estigmatización y exposición a violencia interfóbica, una falta de conocimiento sobre temáticas intersex por parte de profesionales del ámbito administrativo y sanitario, barreras en el acceso a medicamentos y tratamientos hormonales necesarios durante el trayecto migratorio, una falta de opciones de alojamiento seguras, así como una continuada práctica de intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos no consentidos realizadas en menores de edad intersex en los países de acogida (Hugo y Pertl, 2023; OII Europe, 2022[2021]). Como una dificultad específica en el reconocimiento de la protección internacional por motivo de características sexuales se identifica la falta de conocimiento de terminologías diversas por parte de la administración (Hugo y Pertl, 2023).

Salud física y mental

Estudios recientes constatan indicadores más bajos de salud física y mental en personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado, en comparación con la población general (Gottlieb et al., 2020; Reissner et al., 2016), así como necesidades específicas de atención sanitaria (Gottlieb et al., 2020). Diferentes autores hacen referencia al modelo de estrés de minorías (Fox et al., 2020; Logie et al., 2016; Nematy et al., 2023[2022]; Yarwood et al., 2022), la perspectiva de discriminación estructural (Nematy et al., 2023[2022]), el modelo de determinantes sociales de la salud (Gottlieb et al., 2020; Logie et al., 2016) y el enfoque de interseccionalidad (Gottlieb et al., 2020; Logie et al., 2016) para describir la interrelación entre vivencias de discriminación y problemas de salud física y mental a los que están expuestas las personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado en el país de origen, durante el trayecto migratorio, en los centros de recepción y en el país de acogida.

Con relación a la salud física, estudios recientes señalan riesgos elevados para personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado de padecer lesiones relacionadas con experiencias de violencia xenófoba y LGBTI+fóbica durante la estancia en los centros de recepción (Lee y Brotman, 2011), un agravamiento de problemas de salud previos, síntomas psicosomáticos y enfermedades crónicas (Gottlieb et al., 2020), la prevalencia elevada de algunas formas de cáncer y enfermedades cardiovasculares (Gottlieb et al., 2020), VIH y otras ETS (Yarwood et al., 2022), así como riesgos de salud relacionados con el trabajo sexual (Fedorko y Berredo, 2017). Además, se constata riesgos de salud relacionados con una falta de acceso a tratamientos hormonales para personas trans (FRA, 2017) o personas intersex (Hugo y Pertl, 2023; OII Europe, 2022[2021]).

Respecto a la salud mental, estudios recientes observan una peor situación de salud mental de personas migrantes y solicitantes de asilo en comparación con la población general (Gottlieb et al., 2020), especialmente en caso de personas trans (Fox et al., 2020; Gottlieb et al., 2020) y personas intersex (Gottlieb et al., 2020). Se describe un impacto en la salud psicológica tanto de las experiencias en el país de origen, en los centros de

recepción y en el proceso de solicitud de protección internacional / asilo y en el país de acogida (Hugo y Pertl, 2023; Lee y Brotman, 2011; Tabak y Levitan, 2014). Además, se constatan síntomas de estrés postraumático y estrés postraumático complejo, incluyendo depresión, ansiedad, ataques de pánico, hipervigilancia, procesos de disociación, sensaciones de frustración y aislamiento social, desconfianza y miedo, abuso de sustancias y riesgo de suicidio.[15]

Atención sanitaria general y atención en salud mental

En el ámbito de la atención sanitaria, se constatan dificultades en el acceso para personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado, experiencias de discriminación en la atención en salud general, así como una falta de acceso a la atención sanitaria trans-específica y tratamientos de VIH, tanto durante la estancia en los centros de recepción como en el país de acogida.[16]

En el acceso a la atención en salud mental, se observan barreras institucionales, idiomáticas y culturales en el acceso, incluyendo barreras específicas, entre ellas el miedo a la discriminación o experiencias de discriminación previas (Nematy et al., 2023[2022]; Shidlo y Ahola, 2013). Además, se reporta una falta de formación de profesionales que atienden a personas LGBTI migrantes y solicitantes de asilo (FRA, 2017).

Por el otro lado, estudios recientes también identifican experiencias de apoyo y buenas prácticas de atención sanitaria en general, y específicamente servicios de apoyo psicológico dirigido a personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado (Gottlieb et al., 2020; Lee y Brotman, 2011; Logie et al., 2016; Nematy et al., 2023[2022]; Yarwood et al., 2022).

Varias publicaciones describen el rol de grupos de apoyo (Díaz et al., 2020; Logie et al., 2016; Lee y Brotman, 2011; Nematy et al., 2023[2022]; Yarwood et al., 2022). Según los resultados de un estudio cualitativo realizado en el contexto canadiense (Logie et al., 2016), el contacto con grupos de apoyo contribuyó positivamente a aspectos intrapersonales, entre ellos la salud mental y auto-aceptación, aspectos interpersonales, como la creación de amistades y reducción de sensaciones de aislamiento, así como la mejora de aspectos estructurales, entre ellos el acceso a la vivienda, empleo, proceso administrativo de migración y atención en salud. En una revisión sistemática, se identifica el uso de diferentes estrategias de afrontamiento, entre ellas la participación comunitaria y el activismo (Nematy et al., 2023[2022]). La disponibilidad de personas aliadas y

[15] Para consultar estudios sobre vivencias de estrés, trauma y estrés postraumático en personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado, véase, entre otros: Alessi et al., 2016; Fox, et al. 2020; Gottlieb et al., 2020; Hugo y Pertl, 2023; Lee y Brotman, 2011; Logie et al., 2016; Nematy et al., 2023[2022]; Shidlo y Ahola, 2013; Tabak y Levitan, 2014; Yarwood et al., 2022.

[16] Respecto al acceso de personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado a la atención sanitaria, véase, entre otros estudios e informes: ACNUR, 2011; CIDH, 2015; Díaz et al., 2020; Fedorko y Berredo, 2017; FRA, 2017; Gottlieb et al., 2020; Hugo y Pertl, 2023; Lee y Brotman, 2011; Logie et al., 2016; Nematy et al., 2023[2022]; ONU, 2023a, 2023b; Shidlo y Ahola, 2013; Tabak y Levitan, 2014; TGEU, 2018; Yarwood et al., 2022.

proveedores de servicios con actitudes afirmativas hacia personas LGBTI+ se resaltan como fuentes relevantes de apoyo (Díaz et al., 2020; Lee y Brotman, 2011; Nematy et al., 2023[2022]). El contacto con grupos online se nombra como una medida útil de apoyo por ofrecer un espacio de mayor seguridad (Yarwood et al., 2022). Un estudio cualitativo titulado *La situación social de la población migrante TLGB (Transexual, Transgénero, Lesbiana, Gay y Bisexual), en España, desde una enfoque de género y derechos humanos* (Osborne et al., 2011) identifica diferentes dificultades, al mismo tiempo que resalta que "las personas TLGB entrevistadas han dado cuenta de una enorme capacidad para hacer frente a las diversas situaciones" (p. 86), haciendo hincapié en sus potenciales aportaciones tanto a la sociedad del país de partida como del país de llegada. En el *Intersex Refugees & Asylum Seekers Toolkit,* OII Europe nombra ejemplos de buenas prácticas dirigidas a personas intersex en desplazamiento forzado, incluyendo tanto proyectos de organizaciones locales como de organismos internacionales y europeos (Hugo y Pertl, 2023).

Marco legislativo y de derechos humanos

Dentro del marco internacional y regional de derechos humanos, se pueden encontrar resoluciones y documentos estratégicos específicos de las Naciones Unidas y organismos regionales sobre protección de personas migrantes y solicitantes de protección internacional por motivos de orientación sexual, expresión e identidad de género o características sexuales.[17] Los Principios de Yogyakarta (2007), un documento estratégico relevante elaborado por un grupo internacional de personas expertas y presentado en 2007 al Consejo de Derechos Humanos de la ONU y completado por los Principios de Yogyakarta más 10 (2017), hace referencia a los derechos de personas LGBTI+ migrantes y solicitantes de protección internacional en el Principio 23 "El derecho a procurar asilo" (p. 29).

En el contexto español, la *Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho al asilo y de la protección subsidiaria,* incluye entre los motivos de persecución la "orientación sexual o identidad sexual" (s.p.). Informes recientes aportan información sobre el marco jurídico y la situación de personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado en el contexto español y andaluz, incluyendo oportunidades de formación para profesionales y recursos de apoyo.[18]

Recomendaciones

Organismos internacionales y regionales, organizaciones de la sociedad civil y profesionales de la salud han desarrollado recomendaciones sobre la protección de los

[17] Para una revisión del marco internacional y regional de derechos humanos, véase, entre otros documentos: ACNUR, 2011, 2012, 2015; EASO, 2015; European Commission, 2020; FRA, 2015a; ONU, 2023a, 2023b.

[18] Entre los informes sobre la situación de personas LGBTI migrantes y en desplazamiento forzado en el contexto español se pueden consultar, entre otros: Antler y Micheletto, 2020; Defensor del Pueblo, 2016; Díaz et al., 2020; Federación Andalucía Diversidad LGBT, 2020; Junta de Andalucía, 2023; Ministerio de Igualdad, s.a.

derechos de las personas LGBTI+ migrantes y solicitantes de protección internacional en general, así como específicamente respecto a la atención sanitaria en salud mental.

Los documentos revisados demandan la derogación de leyes que criminalizan la orientación sexual o expresión / identidad de género en los países de origen (ACNUR, 2015), así como el cese de intervenciones quirúrgicas no consentidas en personas intersex en diferentes regiones del mundo, incluyendo países de procedencia y de acogida (OII Europe, 2022[2021]; ONU, 2019). Además, recomiendan la inclusión explícita de las dimensiones de orientación sexual, expresión e identidad de género y características sexuales como motivos de protección internacional en regulaciones europeas y leyes estatales relacionadas, incluyendo el desarrollo de guías y la promoción de su implementación (CIDH, 2015; Díaz et al., 2020; Fedorko y Berredo, 2017; ILGA Europe, 2016a, 2016b, 2021; Jansen y Spijkerboer, 2011; ONU, 2023a). Asimismo, señalan la importancia del desarrollo de mecanismos de protección en los países de acogida (Díaz et al., 2020).

Además, se aportan recomendaciones para garantizar la protección de las personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado en campos de recepción, entre ellas la agilización del proceso de solicitud de protección internacional / asilo y el reconocimiento de la credibilidad de los relatos de persecución por motivos de orientación sexual, expresión / identidad de género y características sexuales, con el objetivo de evitar dinámicas retraumatizantes (CIDH, 2015; Hugo y Pertl, 2023; ILGA Europe, 2016a, 2021; Jansen y Spijkerboer, 2011; Nematy et al., 2023[2022]; ONU, 2023a; Tabak y Levitan, 2014). El acceso a instalaciones y alojamientos seguros según la identidad de género en caso de personas trans e intersex constituye otra recomendación reiterada (ACNUR, 2015; CIDH, 2015; Hugo y Pertl, 2023; ILGA Europe, 2016a, 2021; Jansen y Le Déroff 2014; Jansen y Spijkerboer, 2011; Nematy et al., 2023[2022]; OII Europe, 2022[2021]; ONU, 2023a; Tabak y Levitan, 2014).

En el país de acogida, se resalta la importancia de un acceso a la atención sanitaria pública y no patologizante (ILGA Europe, 2021; Nematy et al., 2022), incluyendo el acceso a medicación, tratamiento hormonal y apoyo psicológico para personas trans e intersex (Fedorko y Berredo, 2017; Hugo y Pertl, 2023; ILGA Europe, 2021; Nematy et al., 2023[2022]) y el acceso a la atención en salud mental y programas de prevención de suicidio (Fedorko y Berredo, 2017; Nematy et al., 2023[2022]).

Publicaciones recientes aportan recomendaciones para modelos de atención sanitaria en general y específicamente atención en salud mental dirigidos a personas LGBTI+, basados en una perspectiva de derechos humanos y despatologización (Bouman et al., 2017; Carpenter, 2016; Davy et al., 2018; Gregori Flor, 2016; Suess Schwend, 2018, 2020a, 2020b, 2020c; Zeeman et al., 2017), incluyendo recomendaciones sobre atención en salud mental dirigida a personas LGBTIQ+ migrantes y en desplazamiento forzado (Hugo y Pertl, 2023; Mukerjee et al., 2021; Nematy et al., 2023[2022]; OII Europe, 2022[2021];

TGEU, 2016).

En la atención a personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado, ACNUR (2011) señala la importancia de una atención sanitaria integral y centrada en las personas, atendiendo a inequidades de salud desde una perspectiva de interseccionalidad y modelo de determinantes sociales de la salud.

Mukerjee et al. (2021) destacan la importancia de un desarrollo de una atención respetuosa con la diversidad cultural, basada en enfoques de sensibilidad cultural, competencia cultural y seguridad cultural. Según su perspectiva, la sensibilidad cultural se entiende como conciencia básica y disposición para aprender sobre diferencias culturales, la competencia cultural como conciencia y conocimiento de las creencias, valores y normas de grupos diversos de personas, mientras la seguridad cultural se conceptualiza como una atención sanitaria centrada en las personas que pone el foco en la narrativa y seguridad de las personas usuarias y la creación de relaciones estratégicas de colaboración (Mukerjee et al., 2021). De forma parecida, Nematy et al. (2023[2022]) recomiendan la implementación de prácticas afirmativas, culturalmente sensibles, anti-racistas e interseccionales, reconociendo las estrategias de resiliencia y resistencia de las personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado. Además, proponen a profesionales de la salud usar símbolos LGBTI+ para signalizar su enfoque afirmativo, tomar conciencia de sus sesgos culturales y hetero/cisnormativos, familiarizarse con formas de expresiones de género y modelos familiares en diferentes contextos culturales, respetar el nombre y género de personas trans, facilitar el contacto con organizaciones y redes locales de personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado, así como contribuir a la difusión de materiales informativos sobre leyes y regulaciones de protección (Nematy et al., 2023[2022]).

En caso de personas intersex migrantes y solicitantes de asilo, se resalta la importancia de un acceso a atención sanitaria y medicación necesaria, acceso a profesionales de la salud con enfoques basados en los derechos humanos y sensibles hacia temáticas intersex, así como traductores con sensibilidad en la temática (Hugo y Pertl, 2023; OII Europe, 2022[2021]). Se propone ofrecer un acompañamiento en el sistema sanitario para evitar situaciones de retraumatización y facilitar el contacto con grupos locales intersex y servicios de apoyo psicológico sensibles a temáticas intersex (OII Europe, 2022[2021]). Como una prioridad, se señala el cese de presión de profesionales de la salud a las familias para realizar intervenciones quirúrgicas no clínicamente necesarias en personas intersex menores de edad (OII Europe, 2022[2021]).

Como otro aspecto importante se resalta la formación de profesionales de la salud (ACNUR, 2011; Zeeman et al., 2017), así como personal administrativo, agentes de las fuerzas del orden y medios de comunicación (ACNUR, 2015; Hugo y Pertl, 2023; Jansen y Le Déroff, 2014; ONU, 2023a; Tabak y Levitan, 2014). Diferentes proyectos internacionales y europeos ofrecen materiales de formación sobre salud y atención

sanitaria de personas LGBTI+ en general (Ammadeo et al., 2018) y específicamente personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado (ACNUR, 2021; Suess Schwend, 2016a, 2016b).

Además, se propone la aplicación de enfoques participativos, incluyendo el reconocimiento y establecimiento de alianzas con actores de la sociedad civil (ACNUR, 2011; Díaz et al., 2020; ONU, 2023b), la consideración de las perspectivas de personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado en el desarrollo de políticas sanitarias (ACNUR, 2011), así como la provisión de financiamiento a grupos LGBTI+ que pueden prestar apoyo a personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado (Díaz et al., 2020; Nematy et al., 2023[2022]; OII Europe, 2022[2021]).

Conclusiones

La revisión de la situación actual de salud física y mental y acceso a la atención sanitaria de personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado muestra necesidades sanitarias específicas que requieren el desarrollo e implementación de modelos de atención sanitaria en general, y específicamente de atención en salud mental, basados en una perspectiva de derechos humanos y respetuosos con la diversidad.

Condiciones relevantes en la salud mental de las mujeres migrantes

Manuel Cabrera Espinosa

Se asiste a un aumento incesante de personas que migran hacia nuestro país en los últimos años, salvo periodos de crisis económica y sanitaria. Aumento que ha continuado con fuerza desde la llamada 'nueva normalidad' que de nuevo ha abierto el tránsito entre países. Esta movilidad incesante de personas que llegan a nuestro territorio desde otros países ha supuesto un saldo positivo migratorio de 258.306 migrantes en el primer trimestre del 2022 (INE, 2022) que está dando lugar a una sociedad mucho más multicultural. Se encuentran Comunidades Autónomas donde las personas migrantes ocupan un porcentaje importante de población. Entre estas Comunidades destaca Cataluña con 1.245.038 migrantes, la Comunidad de Madrid con 950.368, la Comunidad Valenciana con 743.597 y Andalucía donde viven 707.125 migrantes (Cárdenas-Rodríguez et al., 2022, p. 50). Estos datos vislumbran un escenario en el que la presencia de

migrantes en nuestro territorio está llegando a convertirse en una habitualidad. Esta situación, en la que los movimientos migratorios pasan a ser un hecho habitual, no puede llevarnos a invisibilizar los efectos que el hecho migratorio y los factores asociados al mismo tienen sobre las personas que se ven presionadas a abandonar su lugar de origen.

Por otra parte, la globalización imperante en las sociedades actuales ha desembocado en un aumento de la desigualdad y la pobreza en todo el planeta. Una pobreza que afecta en mayor proporción a las mujeres (ONU, 2022). Esta feminización de la pobreza es uno de los factores que está empujando a un aumento incesante de mujeres que optan por migrar en un intento por buscar nuevas y más dignas condiciones de vida (Álvarez, 2021). Esta nueva situación ha tenido como consecuencias que en los flujos migratorios actuales las mujeres superan el 50% de las personas migrantes (Martín Díaz, 2017). No es en exclusiva la pobreza, son múltiples las razones que llevan a las personas a iniciar el camino de la migración y las mujeres acostumbran a tener sus propios motivos. Entre ellos cabe destacar la reunificación familiar, los incentivos económicos, las oportunidades educacionales o un intento por huir de la discriminación y la violencia basada en el género que sufren en sus países de origen (Delara, 2016). En este proceso migratorio de la mujer, son cada vez más las que eligen este camino para poder tener la oportunidad de crear su propio proyecto de vida autónomo, pasando a ser estas las que encabezan y sostienen el desarrollo del hogar, tarea que secularmente había estado adscrita al hombre (Porrino García, 2022). Además, se ha podido constatar que, a partir de la crisis económica del 2008 y hasta los momentos actuales, se va produciendo un aumento anual constante de mujeres migrantes en España que, en proporción mayor a los hombres, se han nacionalizado. Así, como recoge el INE (2023), en el año 2022 fueron 96.162 las mujeres nacionalizadas frente a 85.419 hombres. Unas cifras que vislumbran la idea de que muchas de las mujeres migrantes no regresan a sus países de origen, sino que están eligiendo el territorio nacional para poder llevar a cabo su proceso de desarrollo personal, familiar y sociocultural, al estar siguiendo “un proyecto autónomo que las convierte en las principales proveedoras y cabezas de hogar” (Martín Díaz, 2017, p. 12).

A pesar de esta nueva realidad, resulta paradójico el escaso interés mostrado en los estudios científicos por analizar los efectos que este nuevo proceso, por el que está siendo empujada la mujer a la migración, tiene para su salud mental. La migración, como toda transición ecológica, representa un proceso de desequilibrio personal que va a requerir cambios en muchas áreas vitales para poder adaptarse a un nuevo y distinto entorno (Martínez y Martínez García, 2018). Si la pretensión es realizar un análisis equilibrado e incluyente del efecto que el proceso migratorio tiene sobre la salud mental de las mujeres migrantes, es necesario partir del hecho de que la migración se ha convertido en un “proceso de género” (Hondagneu-Sotelo, 2018, p. 27). Es desde esta nueva realidad desde donde habrá que acercarse a las propias experiencias y “las consecuencias que provoca la migración femenina, tanto en el lugar de origen, como en el de destino (Palacios, 2016)” (Porrino García, 2022, p. 8).

Por tanto, los procesos migratorios femeninos "tienen una identidad propia, con causas y consecuencias diferentes, al jugar la mujer un rol económico y social diferente al del hombre, tanto en la esfera productiva como en la reproductiva, y a la vez en la sociedad de origen y en la de destino" (Ciurlo, 2015, p. 57, citado en Cárdenas-Rodríguez et al., 2018, p. 154). Una nueva situación que puede provocar sufrimiento psíquico en las mujeres y que precisa de nuevas miradas para su análisis que incluyan la perspectiva de género como categoría de análisis para que permita "evidenciar las diferentes experiencias vividas por hombres y mujeres, partiendo del reconocimiento de la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino y la desigual distribución del poder social y simbólico" (OIM, 2020, p. 21), o de lo contrario se estará invisibilizando no solo a la mujer migrante, que permanece oculta por el discurso masculino imperante, también las consecuencias que este fenómeno está teniendo en el bienestar psíquico de la misma.

Y es que, como se dijo al inicio del capítulo, el género como complejo de identidades y de comportamientos adscritos a las mismas es una construcción social que varía según las culturas y las épocas, y afecta a todos los ámbitos de la vida de las personas. Nos encontramos ante una construcción cultural y por tanto susceptible de modificación, de evolución a posiciones más igualitarias, entendiendo la cultura como "un sistema de concepciones heredadas y expresadas de formas simbólicas por medio de las cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes ante la vida" (Geertz, 1987, p. 88). El pensamiento de Simone de Beauvoir ya dejó recogido el claro origen social de la discriminación que sufre la mujer en la sociedad cuando escribió: "Para los seres humanos, para los hombres como para las mujeres, el ser no es algo, ninguna esencia definitiva: No se nace mujer; se llega a serlo" (Beauvoir, 2005[1949], p. 371), y ser mujer en una sociedad patriarcal no puede llevar más que a la invisibilidad y la discriminación. Junto a esta constante presencia de la discriminación generada por el género camina la invisibilidad de la opresión (Friedan, 1974) que, si cabe, aumenta la constante fuente generadora de malestar presente en las mujeres. Por tanto, las mujeres migrantes conviven a diario con la discriminación, la mayor de las veces invisibilizada, que por el hecho de ser mujeres sufren en sus países de origen. Se está ante la apropiación de la fuerza de trabajo y de los cuerpos de las mujeres. Con una negación de la desigualdad de poder y responsabilidades y sobre todo de su contribución en la economía social y en la calidad de vida de las familias, con el añadido de que muchas de ellas han sufrido violencia de género (Tutistar-Rosero, 2021). Tras un largo y angustioso viaje llegarán a un país de destino en el que seguirán padeciendo discriminación en varios niveles relacionados con: "el hecho de ser mujer, pertenecer a otro país y estar en una situación irregular en el país de destino" (Porrino García, 2022, p. 8) y ser pobre. Sobre esa múltiple discriminación se superpone el manto de la invisibilidad. Una invisibilidad que ayuda a generar mayores niveles de malestar y desconcierto psíquico (Ortega-de-Mora, 2020).

Así mismo, se puede observar una constante feminización de la pobreza que afecta con mayor crueldad a las mujeres migrantes. Ellas están siendo desplazadas hacia tareas relacionadas con los cuidados. Según Lagarde y de los Ríos (2003), "el cuidado pues está en el centro de las contradicciones de género entre mujeres y hombres y, en la sociedad en la organización antagónica entre sus espacios. El cuidado como deber de género es uno de los mayores obstáculos en el camino a la igualdad por su inequidad" (p. 158). Se puede hablar de las "cadenas globales de cuidados" (Hochschild, 2001, p. 188), concepto que sirve para explicar el hecho de que una gran parte de mujeres migrantes dejan a sus progenitores, a menudo de edad avanzada, y a sus descendientes menores de edad, en el país de origen a cargo de otras mujeres; mientras que ellas se van a ocupar del cuidado de personas dependientes, o de los hijos y las hijas de otras familias del país de destino. Cadenas que, según Orozco (2007), tienen su origen en "la adscripción prioritaria y/o última a las mujeres de la responsabilidad de asegurar la sostenibilidad de los hogares en contextos de crisis de reproducción social" (p. 4). Siguiendo a Lagarde y de los Ríos (2003), son mujeres que se desplazan a los países desarrollados a "cuidar a *los otros* a la manera tradicional y, a la vez, lograr su desarrollo individual", paradójica situación que está creando "Mujeres Atrapadas en una relación inequitativa entre cuidar y desarrollarse" (p. 157; cursiva en el texto), con el añadido del duelo. Un duelo presente como consecuencia de las pérdidas intrínsecas al proceso migratorio. A estos estresores se va a unir la culpa por no poder hacer eso que la sociedad patriarcal siempre les ha dicho que deben hacer: cuidar de sus seres queridos.

No se encuentran mejores condicionantes para el bienestar psíquico de las mujeres migrantes temporeras. Estas se van a encontrar con unas contrataciones muy precarias y viciadas con las que se buscan mujeres muy vulnerables, sin conocimiento del idioma ni de los códigos culturales y sociales de la sociedad de acogida y/o de tránsito (El Mouali, 2021). Sin olvidarnos del hecho de que muchas de ellas han sufrido procesos de tráfico de mujeres con fines de explotación sexual (Ríos Marín, 2015). Execrables situaciones que solo "encuentran su sentido en la lógica y el marco general de la política migratoria patriarcal" (El Mouali, 2021, p. 18). Se suma en todas ellas la ausencia de apoyo social, entendido este como la "presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas" y "transacciones personales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia" (definición citada en Pérez Bilbao y Martín Daza, 2004, p. 1, referencia no indicada).

En definitiva, "para entender la salud mental de las mujeres migrantes, tenemos que partir de la base que esta incluye las esferas emocionales, sociales, culturales, espirituales y físicas y, que a su vez, están influenciadas por el contexto social, político y económico así como por su biología" (Sainz Elías et al., 2021, p. 3).

Así mismo, la perspectiva de género debe de estar integrada en el análisis, lo que supone incorporar herramientas que nos permitan comprender y operar sobre modelos de

enfermar de las mujeres y los hombres desde una perspectiva que incluya su construcción social como sujetos y la asignación de espacios de poder en nuestra cultura como determinantes clave de sus procesos de salud mental (García-Calvente, 2018).

Hemos de tener presente que el proceso de migración es un proceso complejo que incluye una cadena de eventos influenciada por diversos factores tanto sociales como personales que operan a lo largo de un prolongado período de tiempo, donde podemos incluir "factores económicos, políticos, psicológicos, sociales y culturales" (Sayed-Ahmad Beiruti, 2013, p. 88). Aunque en sí mismo no tiene por qué ser un proceso de enfermedad, en muchos de sus eventos el estrés, la incertidumbre, el miedo, la soledad, la violencia o la explotación están presentes y pueden afectar a la salud mental y derivar en problemas de salud mental. Además, en todo el proceso para las mujeres "la discriminación de género constituye, cada vez más, una desventaja suplementaria para enfrentar la inmigración" (León, 2001, s.p.).

Manifestaciones clínicas más frecuentes[19]

Ana Parra Parra

En este apartado se analizan las manifestaciones clínicas más frecuentes desde una perspectiva de género. En los últimos años se ha venido hablando de la "feminización de la migración" (Paiewonsky, 2007, p. 4), con un aumento considerable; de hecho hace cincuenta años, en 1970, la mujer solo representaba el 2% de todas las migraciones a nivel mundial y en la actualidad representan el 49% a nivel mundial (Ayuda en Acción, 2018). En el caso de España, según los datos del INE de abril de 2023, las mujeres inmigrantes superan ya el 50% del total de población extranjera en nuestro país (INE, 2023).

Según recoge la OIM, Organización Internacional para las Migraciones (2023):

> *El sexo de una persona, su identidad de género y su orientación sexual moldean cada etapa de la experiencia migratoria. El género afecta las razones migratorias: quién migrará, las redes sociales que utilizan las personas migrantes para moverse, las oportunidades de integración y trabajo en el destino previsto, y las relaciones con su país de origen. Las expectativas, las relaciones y las dinámicas de poder asociadas con ser hombre, mujer, niño o niña, y si se identifica (o se percibe) como una persona lesbiana, gay, bisexual, transgénero o intersexual (LGBTI), pueden afectar significativamente a todos los aspectos de este proceso.*
>
> *Las mujeres migrantes y las personas migrantes LGBTI+ a menudo son más vulnerables a la violencia y la explotación durante el proceso de movilidad, y pueden enfrentar múltiples formas de discriminación según*

[19] El apartado está basado en la bibliografía referenciada y la propia experiencia profesional.

> *el contexto de su migración. Pueden recibir discriminación por ser inmigrantes (especialmente si son irregulares o indocumentados), debido a su género, identidad de género u orientación sexual, y posiblemente también por otras razones, como su edad o etnia.*
>
> *(OIM, 2023, s.p.)*

Como se ha mencionado anteriormente la migración *per se* no tiene por qué causar un problema de salud mental, de hecho la mayoría de estas personas que inician 'el viaje' gozan de buena salud general, pero la exposición, sobre todo si es prolongada a factores estresantes que conlleva el proceso migratorio, puede convertirlo en un factor de riesgo para su salud mental que según las características de la personas, sus apoyos, capacidades y resiliencia pueden derivar en la aparición de síntomas clínicos.

Con relación a aspectos de género, Puy Alforja (2021) aporta las siguientes reflexiones:

> *Atendiendo a la cuestión de género, Sayed-Ahmad (2008) resalta que las mujeres pueden sufrir un duelo migratorio más complicado que sus compañeros varones porque están expuestas a mayores situaciones de estrés por motivos de género, como es la desigualdad laboral, la mayor exposición a violencia física y psicológica (abusos sexuales y laborales) o la carga familiar.*
>
> *(Puy Alforja, 2021, p. 15)*

Según mi propia experiencia profesional, algunos de los factores a tener en cuenta para establecer las causas de la sintomatología son:

- Las dificultades en el ámbito laboral, con trabajos precarios y poco cualificados. El trabajo doméstico, por ejemplo, sobre todo si la mujer migrante trabaja como 'interna', puede conllevar aislamiento social y sentimientos de culpa por descuidar el cuidado de su propia familia.

- Las dificultades en el ámbito económico, en ocasiones con situación de exclusión social y pobreza (recordemos que también hay otro proceso de feminización global, la pobreza), el estrés generado por tal situación y el sentimiento de fracaso por no poder cubrir las necesidades básicas de la familia pueden estar presentes en estos casos.

- Las dificultades por la sobrecarga de tareas del hogar y de cuidados tanto de hijos e hijas como de familiares dependientes que deben sumar a sus responsabilidades laborales, puede generar un alto nivel de ansiedad.

- La violencia de género. Según indican Montañés y Moyano (2006), "[l]a violencia contra las mujeres se da en todas las sociedades y en todos los sistemas políticos

y económicos" (p. 22). La OIM señala que "[l]a condición de migrante puede acentuar la vulnerabilidad y exposición de las mujeres a situaciones de violencia de género. La escasa red de apoyo social o familiar, un contexto cultural diferente al propio en el cual sufren discriminaciones, sumado a las desigualdades estructurales -sustentadas en patrones de género, de clase, etarios, étnicos, nacionales y lingüísticos- confluyen en una mayor vulneración de sus derechos y en mayores dificultades para acceder a los servicios públicos de asistencia y prevención de la violencia de género" (Fernández y Pérez Marquina, 2014, p. 17). La falta de información sobre sus derechos y el temor a dirigirse a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad se podrían sumar a lo anteriormente mencionado.

Para visualizar esta trágica realidad se reflejan los datos de lo que se podría llamar el exponente máximo de la violencia de género, los casos de mujeres asesinadas. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), "[d]e las 49 víctimas mortales registradas durante 2022, 33 (el 67,3%) habían nacido en España y 16 (el 32,7%) habían nacido en el extranjero" (p. 39), en 2021 fueron un 44.2%. Sin embargo, la proporción de mujeres extranjeras respecto a las nacionales no supera el 7% (INE, 2023).

El *III Informe de Atención Psicosocial a Mujeres Inmigrantes* de la Red Acoge (2017) agrupa la sintomatología más común en cuatro áreas:

> *"Aspectos depresivos": los más frecuentes son la tristeza, el llanto y la culpa.*
>
> *"Aspectos relacionados con la ansiedad": tensión y nerviosismo, preocupaciones excesivas y recurrentes, irritabilidad e insomnio.*
>
> *"Área de la somatización": cefaleas, fatiga, molestias abdominales y osteomusculares.*
>
> *"Sensación de confusión y dificultades de orientación": falta de memoria, fallos de atención y/o vivencia de sentirse perdida.*
>
> *(Red Acoge, 2017, p. 43-44)*

Los síntomas descritos se agrupan en síndromes nosológicamente compatibles con los siguientes diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en la edición CIE-10-ES publicada por el Ministerio de Sanidad (2022):

> *F43 Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación*
>
> *F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos] (F30-39).*
>
> *F40 Trastornos de ansiedad fóbica*
>
> *F41 Otros trastornos de ansiedad*
>
> *F44 Trastornos disociativos y de conversión*
>
> *F45 Trastornos somatomorfos*
>
> *(Ministerio de Sanidad, 2022, s.p.)*

Hay que aclarar que, según mi propia experiencia profesional, los síntomas pueden aparecer de forma leve y sin una repercusión importante, pero en otras ocasiones los síntomas son más graves y afectan al nivel de funcionalidad general de la persona.

La Organización Mundial de la Salud, en la publicación *Salud de los refugiados y migrantes* (OMS, 2022) recoge que "[l]as personas migrantes también pueden estar en riesgo de tener mala salud mental debido a experiencias traumáticas o estresantes. Muchos de ellos experimentan sentimientos de ansiedad y tristeza, desesperanza, dificultad para dormir, fatiga, irritabilidad, ira o dolores y molestias, pero para la mayoría de las personas esos síntomas de angustia mejoran con el tiempo. Pueden estar más expuestas a sufrir depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT) que las poblaciones de acogida" (s.p.).

En los últimos años con las nuevas rutas migratorias más lejanas y peligrosas se presentan más casos en los que las personas migrantes viven situaciones traumáticas de violencia física y psíquica en el tránsito. Las mujeres y las personas LGBTI+ además están más expuestas a sufrir agresiones sexuales y vejaciones por su condición de género.

La CIE-10 indica sobre el 'Trastorno de Estrés Postraumático (F43.1)':

> *Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de despego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.*
>
> *Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.*
>
> *Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.*
>
> *El comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad. (ver F62.0)*
>
> *(OMS, 1992, p. 185-186)*

Pero si dejamos a un lado las dificultades, los factores de vulnerabilidad y discriminación y hacemos el ejercicio de centrarnos en las fortalezas de las mujeres migrantes, vemos que hay investigaciones que reconocen más capacidad para 'sobrevivir'.

González Vélez et al. (2013) comentan que "hay investigaciones que muestran diferencias entre las respuestas de hombres y mujeres -Prado y Del Aguila, (2003) y Walsh (2004)- que afirman que las mujeres superan la adversidad en un mayor porcentaje que los varones" y que "ser mujer y extranjera resulta una combinación favorecedora de la resiliencia" (p. 282). Los resultados de su investigación indican que los hombres extranjeros presentan un nivel de resiliencia más bajo, 11,4 %, frente al 32,8 % de las mujeres extranjeras (González Vélez et al., 2013, p. 278).

En mi propia experiencia profesional observo que el contar con una red social satisfactoria, apoyo familiar, estabilidad económica y laboral contribuyen a que podrán afrontar de unas mejores condiciones de salud mental.

El papel de los y las profesionales y sugerencias para una intervención sanitaria[20]

Ana Parra Parra

En primer lugar, señalar la necesidad de formación específica de los y las profesionales, por un lado es necesario que adquieran competencia intercultural que puedan aplicar en el espacio terapéutico, pero a la vez, centrándonos en el colectivo de mujeres y personas LGBTI+ es también imprescindible que contemos con una formación básica sobre la inclusión de la perspectiva de género y que nuestras intervenciones incluyan ambas competencias, la cultural y la de género. Según se señala en recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (s.a.):

> *En palabras de Osorio-Merchán y López Díaz (2008), "[l]a competencia es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia".*
>
> *Ser culturalmente competente supone conciencia de las propias actitudes y creencias, conocimiento acerca de las diferencias culturales entre los diversos grupos humanos, habilidades para trabajar con esos grupos, deseo cultural para comprometerse en el proceso de adquisición de conciencia, conocimientos y habilidades culturalmente adecuadas (Campinha-Bacote, 1998; Campinha-Bacote, 2000; Sue, Arredondo y McDavis, 1992).*
>
> *(Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, s.a., p. 3)*

[20] El apartado está basado en la bibliografía referenciada y la propia experiencia profesional.

Según mi propia experiencia profesional, en el trabajo diario los y las profesionales no van a poder conocer todas las culturas con las que se encuentren, pero sí se puede dedicar unos minutos en preguntar a la persona que se entrevista sobre sus valores, el modo en que su cultura trata esos síntomas y sus vivencias y preocupaciones desde su propia perspectiva cultural y aprender a respetar, incluso incluir aquellos aspectos que puedan favorecer el proceso terapéutico.

Por otro lado, es clave que a la vez que se identifican y se tratan los síntomas seamos capaces de identificar qué otros factores sociales están incidiendo de forma negativa en la evolución de la persona y se actúe también sobre ellos.

Se acepta que en los determinantes de la salud, y más si cabe en la salud mental, son muy importantes los factores sociales que rodean a la persona, por tanto se hace imprescindible un abordaje más psicosocial en los que 'tratar' los déficit y factores de riesgo social se ponga en primer plano. Para hacerlo es fundamental ser capaz de identificar las fortalezas y potencialidades de las personas.

El informe presentado por Cruz Roja *Atravesando fronteras, abriendo puertas, cerrando heridas* (Castillo García et al., 2023) llega a la siguiente conclusión:

> *A mayor presencia de factores de protección, especialmente ocupación y empleo, hábitos y estilo de vida saludable, apoyo familiar y social, menor afectación clínica y psicosocial, y menor impacto en el proceso adaptativo y de integración en el país actual. Valoramos paradigmática la información resultante de haber incluido en el análisis a los factores de protección. La presencia decisiva de los factores de protección en salud mental y psicosocial, en especial la ocupación y empleo, el apoyo familiar y social y los hábitos y estilo de vida y ocio saludable, constituyen una barrera a la afectación de problemas de salud mental de tipo clínicos o psicosociales, permitiéndonos redireccionar los tratamientos e intervenciones hacia su identificación y empoderamiento.*
>
> *(Castillo García et al., 2023, p. 46, negrita eliminada)*

Por estas razones, desde mi propia experiencia profesional aporto las siguientes recomendaciones:

Desde mi práctica profesional podría decir que para mejorar la atención de las mujeres migradas y personas LGTBI+ es necesario incluir y trabajar con otras organizaciones que estén en contacto con estos colectivos, el trabajo en red, no solo con las ONG y asociaciones, sino también con atención primaria, servicios sociales o centros de información a la mujer, es imprescindible para ofrecer una atención integral y de calidad. Pueden aportar no solo información de la persona que atiende, sino que a veces pueden facilitar la relación con la persona usuaria, realizar tareas de mediación intercultural y dar apoyos diversos para su bienestar.

Facilitar la accesibilidad y la coordinación a través de protocolos y acuerdos es necesario para que desde cada institución se puedan realizar las aportaciones que favorezcan la mejora y buena adaptación de estas personas.

Los y las profesionales a menudo viven con angustia la llamada 'barrera idiomática' que se ve recogida en muchos informes. Una sugerencia para minimizar este hándicap sería utilizar los servicios de traducción telefónica que algunas Comunidades Autónomas ponen a disposición de los y las profesionales y que muchas veces se desconocen.

Otro aspecto a resaltar es la importancia de que los y las profesionales tengan formación y sean capaces de identificar factores de riesgo y señales de alerta en víctimas de violencia de género o víctimas de trata. En el *Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género* (Ruiz Pérez et al., 2020) se indica:

> *Los equipos de salud mental también deben estar alertas ante indicios de violencia de género en todas las mujeres que atienden, con especial énfasis en las que padecen trastorno mental grave y/o son consumidoras de drogas y en los intentos de autolisis.*
>
> *Las necesidades específicas de estas mujeres son múltiples, por lo que se requieren servicios de salud integrales e intervenciones sensibles a las cuestiones de género, que aborden las consecuencias de la violencia tanto para la salud física, como la mental y que las ayuden a recuperarse. Para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral.*
>
> *(Ruiz Pérez et al., 2020, p. 28)*

Este rol relevante de la formación también se confirma en la *Guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental* (Pastor Moreno et al., 2024).

> *La actuación capacitada de las y los profesionales socio sanitarios puede prevenir la violencia o, al menos, mitigarla con una detección temprana y la consiguiente activación de protocolos de intervención abriendo la puerta de acceso a servicios y recursos especializados.*
>
> *(Pastor Moreno et al., 2024, p. 32)*

Recomendaciones generales

Por último, este epígrafe finaliza recogiendo las recomendaciones de Puy Alforja (2021):

> *Adecuar la intervención a nivel emocional*
>
> *Huir de la "neutralidad", mostrar proximidad, respeto y aceptación con el lenguaje no verbal, con prácticas como apuntar su nombre e intentar pronunciarlo bien. Se debe evitar que perciban rechazo como les sucede en otros sectores de la sociedad.*
>
> *Adecuar el tiempo y el espacio*
>
> *Teniendo en cuenta el nivel de abandono con esta población, puede que la primera entrevista sea la última, por ello esta debe disponer de tiempo*

> *para establecer vínculos, entender los problemas según el contexto, y superar los prejuicios. También se debe ser flexible con la puntualidad o cambios de horarios puesto que su contexto es muy cambiante y estresante, y si se es excesivamente rígido en este aspecto pueden sentirse incomprendidos.*
>
> *Atender los problemas individuales con una mirada amplia que incluya el contexto cultural y la familia*
>
> *Como se ha comentado en el presente trabajo esta población suele venir de sociedades colectivistas en donde el individuo y su identidad forma parte de un conjunto. El profesional debe ser capaz de leer su mapa ecológico y utilizarlo para intervenir con éxito.*
>
> *Atender los problemas individuales con una mirada amplia que incluya el contexto cultural y la familia*
>
> *Integrar su terminología y modo de pensar, incorporar el uso de metáforas, mitos o leyendas y utilizarlo para fortalecer la relación terapéutica y obtener datos relevantes de la problemática.*
>
> *Otros como…*
>
> *Comprender el filtro cultural a través del cual expresan sus emociones y síntomas; atender a la cuestión religiosa como elemento que impacta en la persona etc.*
>
> *(Puy Alforja, 2021, p. 27-28)*

Recomendaciones para estructurar la entrevista

Para estructurar la entrevista nos pueden ayudar las recomendaciones que se recogía en la I Monografía 'Salud Mental en la Inmigración' (Frías Oncina et al., 2008).

> *El modo de trabajar consistirá en convocar la subjetividad de la mujer inmigrante para que hable desde tres vertientes:*
>
> - *Lo que añora. Reflejando aquellas pérdidas significativas. Nombrarlas y hablar de ellas es el primer paso para elaborar el duelo.*
> - *Lo que espera. Sus expectativas. Ordenarlas es comenzar un proceso de asunción de su realidad, primer paso para actuar sobre ella en la medida de sus posibilidades.*
> - *Lo que está dispuesta a dar para incluirse en el país de acogida como un miembro de pleno derecho,*
> - *lo que también implica deberes y responsabilidades sociales. Aquí, la demanda se transforma en participación, en acción que propicia los sentimientos de pertenencia, fortalece el lazo social y proporciona arraigo.*
>
> *(Frías Oncina et al., 2008, p. 96-97)*

Reflexiones

Ifigenia Ana Frías Oncina

Una de las principales fuentes de la discriminación que pesa sobre las mujeres, con amplias repercusiones en su salud mental, es la falta de equidad en la distribución de los cuidados y cargas familiares, pero la discriminación se incrementa, legitima y agrava con la negación sistemática de la contribución de las mujeres migrantes a la calidad de vida familiar y social y al desarrollo económico del país de acogida. Eficaz estrategia de invisibilización, que implica desvalorización y violencia soterrada, pues al estar invisibilizadas no se les asignan recursos socioeconómicos ni atención sociosanitaria y es causa de indefensión y sufrimiento, además de un riesgo permanente para su salud general y su salud mental. La negación legitima todo tipo de abusos, pues al evadir la responsabilidad subjetiva se abre paso a la impunidad y al no haber costes, ni morales ni sociales, perdura indefinidamente relajando cualquier principio de reconocimiento y solidaridad humana. Por tanto, es imprescindible la visibilización genérica para proveer políticas públicas dirigidas a evaluar y atender la realidad diferenciada que viven mujeres y hombres migrantes. Resulta paradójico que las mujeres, encargadas de asegurar la calidad de vida de los seres humanos estén lejos de alcanzar para sí mismas la atención y cuidados que prodigan.

Por otra parte, la negación se sirve de muchos mecanismos sutiles para pervivir impunemente tales como el paternalismo, la benevolencia genérica o la banalización genérica, pero también de mecanismos disuasorios como la violencia, enfado, agresividad y resentimiento, prestos a manifestarse cuando se denuncia la negación y se percibe algún riesgo para los privilegios masculinos. Negación, discriminación y violencia van unidas y constituyen amenazas para la salud mental de las mujeres migradas. La propuesta es apostar por una distribución equitativa en la responsabilidad y el cuidado de las personas en el ámbito familiar y paralelamente abrir vías de integración laboral y social que posibiliten una elección de vida acorde con el deseo singular de hombres y mujeres migrantes. Es importante compaginar la ciencia y tecnología occidental con la de otras culturas, acoger la diversidad de saberes y formas de ver e interpretar el mundo para así poder comprender los modos de enfermar, las particularidades subjetivas y las manifestaciones sintomáticas, afectadas por la cultura de origen, que pueden ser erróneamente interpretadas, diagnosticadas y tratadas, sea por desconocimiento, falta de sintonía o de sensibilidad.

La atención a la salud mental requiere tiempo de escucha, de atención concentrada, de interlocución compartida, de apertura, de establecimiento de una relación terapéutica. Tiempo también para el tratamiento de la angustia, a fin de transformarla en trabajo de elaboración. Precisamente la angustia es un padecimiento para el que no hay cura, es

parte de la vida, no entiende de etnia ni de idiomas, de modo que es una experiencia transcultural que orienta el trabajo terapéutico, un padecimiento conocido en el que los seres humanos se pueden encontrar y acompañar.

La formación profesional ha de ser prioritaria y enfocada en tres vertientes: el conocimiento de otros saberes y culturas como vía para derribar prejuicios, el establecimiento de una comunicación e interacción participada a través de la escucha y acogida hospitalaria, cuestionando miedos ancestrales por lo diferente, miedos que se amparan en el desconocimiento y la ausencia de cuestionamiento; finalmente es preciso favorecer la autocrítica para evolucionar hacia posiciones de confraternización con la diversidad y alejadas de las luchas de poder. Por tanto, en el proceso formativo es necesaria una labor de introspección y supervisión continuada capaz de detectar los obstáculos que pueden malograr el encuentro terapéutico, buscando transformar los prejuicios y los miedos en trabajo de elaboración y de remoción de obstáculos.

Es apremiante la necesidad de establecer una política económica y social desde la perspectiva de género para redistribuir la carga familiar de las mujeres migrantes, aminorar la brecha sexista y étnica en el acceso al mundo laboral e introducir mejoras en el acceso a los recursos sociales e interpersonales. Es preciso apostar por un trabajo acorde con su formación y no con su género (trabajo generizado).

El apoyo social es un determinante de la salud mental pues reduce los efectos del estrés y las situaciones de vulnerabilidad. Compete a las instituciones públicas, a la comunidad y a toda la ciudadanía la construcción de una sociedad plural y solidaria.

Es preciso avanzar en epidemiología social y desagregar las variables etnia/origen además de las de clase y género en la investigación epidemiológica y de salud pública para visibilizar la migración femenina y conocer las causas de enfermar en la población migrante según el género.

La migración se ha feminizado, los modelos de familia están cambiando, la monomarentalidad está cada día más presente y son cada vez más las mujeres que tienen que encargarse solas del sustento del hogar trabajando a la vez que cuidan a sus familias, por tanto es preciso proveer políticas públicas y recursos socioeconómicos destinados a paliar los efectos de esta sobrecarga. Los roles asumidos por su condición de mujeres y las responsabilidades anejas incrementan los riesgos para la salud mental.

Teniendo en cuenta la dimensión social de la salud mental es preciso desvelar sistemáticamente los prejuicios y estereotipos que amparados en la negación y el falseamiento de la realidad pesan sobre las personas migrantes en general y las mujeres en particular, poniendo en riesgo su salud mental. Al respecto es importante interceptar los discursos manipuladores y falseados e informar de modo continuado sobre la realidad de la migración, poner en palabras y en valor la contribución de las personas migradas al desarrollo del país de acogida, prestar atención a la información transmitida por los

medios de comunicación y las redes sociales, a menudo centradas en el número de migrantes y las penalidades del trayecto migratorio en detrimento de los beneficios que portan y de lo necesitado que está el país de acogida del soporte laboral de las personas migradas. En el mismo sentido se habla de dificultar la migración para impedir el 'efecto llamada', modo de falsear la realidad para negar que sin las personas migradas, en particular las mujeres, nuestro país quedaría muy perjudicado, sobre todo en el sector de los cuidados y de ayuda a la reproducción.

Las personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado a menudo están expuestas a situaciones de discriminación y violencia LGBTI-fóbica en los países de origen, durante la trayectoria y en los países de acogida que pueden afectar negativamente a su salud mental y bienestar. Cobra importancia facilitar el acceso de las personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado a la atención sanitaria general y atención en salud mental, y formar a profesionales de la salud para llevar a cabo una atención en salud basada en los derechos humanos, respetuosa y abierta a la diversidad sexual, corporal y de género.

En la atención a la salud mental es imprescindible prestar atención a los entornos terapéuticos con el fin de reducir el impacto de las praxis basadas en juicios de atribución y en interpretaciones de la realidad desde posiciones de poder que conducen a ignorar la voz y la participación de las personas migradas a menudo de modo desapercibido.

Al respecto, la apuesta es el enfoque en el sujeto; este se construye en un contexto social y político, supone además una biografía historizada y una comunidad en la que vive en relación con las otras personas y todos estos condicionantes influyen los procesos biopsicosociales y culturales que iluminan sobre las causas de su aflicción y el modo de intervención terapéutica. El hecho de escuchar a la persona sin cuestionarla ni interferir en sus planteamientos es un límite a la inercia de las estructuras de poder y abre las posibilidades a la valoración de saberes subjetivos. Sobre todo, ayuda a evitar interpretaciones u otro tipo de injerencias en la elaboración de significados personales, respetando los referentes desde los que las personas migradas interpretan sus experiencias e identifican las causas de sus procesos de salud-enfermedad. También es un primer paso para la actuación conjunta de análisis, planificación, objetivos y uso de los recursos.

Por el contrario, apelar a la normalidad puede ser otro medio enmascarado de dominación. El sujeto se adecua mal a los estándares de normalidad. La guillotina de la normalidad tacha al sujeto en aras de una adaptación que suele implicar la exigencia de renuncia al propio ser y lo pone en riesgo de exclusión social. Por otra parte, el recurso a la normalidad en estos casos no deja de ser un pobre recurso a falta de otros más humanos que no ignoren o rechacen la experiencia, la palabra y el saber diferente que pasará a ser tachado de anormal, lo que deslegitima los saberes subjetivos y la participación activa en el proceso de recuperación. Es obligado incluir la voz de las

personas migradas, su relato, sus interpretaciones de la experiencia y lo que consideran las causas de sus padecimientos. Poner en valor la complejidad y la múltiple determinación de los procesos que condicionan la construcción de un sujeto en sus diferentes vertientes pone de relieve el alto peso del riesgo sistémico y consecuentemente insta al abandono de posiciones que culpabilizan a las personas migradas de su situación y las responsabilizan de sus padecimientos. Desde esta perspectiva reduccionista del padecimiento y de sus causas se penaliza al sujeto, percibiéndose a la persona migrada como un problema social amenazante.

Los miedos a las personas migradas están al servicio de negar el riesgo sistémico y la responsabilidad subyacente. La discriminación, el trauma, los abusos, las desigualdades de género, la discriminación por motivo de orientación sexual, identidad de género o características sexuales, la exclusión y la pobreza quedan ignorados, desparece el contexto y las posibilidades de intervenir en los malestares y en la construcción de una vida posible; su sufrimiento queda fuera del mundo, se deshumaniza.

Los miedos a las personas migradas son a menudo miedos a perder posiciones de poder, sobre todo miedo a asumir la propia vulnerabilidad y fragilidad como seres humanos, confundiéndolas con la debilidad. Justo reconocer la propia vulnerabilidad abre una vía para acogerla y para compartir una común aflicción en la que los seres humanos se pueden reconocer y encontrar.

Al negar el riesgo sistémico, las causas con las que se relacionan los diagnósticos son interpretaciones y prejuicios y en consecuencia alejadas de las circunstancias y acontecimientos vividos por los sujetos como determinantes de su malestar.

Referencias

ACNUR, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2011). *El trabajo con personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer (LGBTIQ+) durante el desplazamiento forzado.* ACNUR.

ACNUR, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2012). *Directrices sobre la Protección Internacional N. 9: Solicitudes de la condición de refugiado relacionadas con la orientación sexual y/o la identidad de género en el contexto del artículo 1A (2) de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y/o su Protocolo de 1967.* ACNUR.

ACNUR, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2015). *Protección de las personas con orientación sexual e identidad de género diversa. Informe mundial sobre los esfuerzos del ACNUR para proteger a solicitantes de asilo y refugiados lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersex.* ACNUR.

ACNUR, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, OIM, Organización Internacional para las Migraciones. (2021). *Paquete de capacitación ACNUR-OIM. El trabajo con personas LGBTIQ+ en desplazamiento forzado y en contexto humanitario. ACNUR, OIM.* Versión completa en inglés: UNHCR, United Nations High Commissioner for Refugees, IOM, International Organization for Migration (2021). *Training package: SOGIESC and working with LGBTIQ+ persons in forced displacement.* ACNUR, OIM.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (s.a.). *Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Nº 18 Competencia Cultural.* Junta de Andalucía.

Alessi, E.J., Kahn, S. y Chatterji S. (2016). 'The darkest times of my life': Recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity. *Child Abuse & Neglect, 51,* 93-105. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.10.030

Álvarez, W. (2021). Feminización de la pobreza y flujos migratorios en Colombia. *Administración & Desarrollo, 51*(2), 157-174. doi: 10.22431/25005227.vol51n2.7

Ammadeo, F., Donisi, V., Farinella, F., Buniotto, C., Sánchez-Lambert, J., Pinto, N., et al. (2020[2018]). *Trainers' Manual. Reducing Health Inequalities experienced by LGBTI people: What is your role as health professional?; Modules 1-4; Training video. Health4LGBTI. Reducing Health inequalities experienced by LGBTI people.* European Commission.

Amnesty International. (2013). *Because of Who I Am. Homophobia, Transphobia and Hate Crimes in Europe.* Amnesty International.

Amnnesty International. (2014). *The State Decides Who I Am. Lack of Legal Gender Recognition for Transgender People in Europe.* Amnesty International.

Antler, S. y Micheletto, L. (2020). *Guía práctica sobre derecho de asilo por orientación sexual e identidad de género en España.* Federación Andalucía Diversidad LGBT.

Ayuda en Acción. (2018). *Migración Femenina en el Mundo* [Blog].

Balzer, C. y Hutta, J.S. (Eds.). (2012). *Transrespeto versus transfobia en el mundo – Un estudio comparativo de la situación de los derechos humanos de las personas trans*. TGEU, Transgender Europe.

Beauvoir, S. (2005[1949]). *El segundo sexo.* Cátedra.

Bouman, W.P., Suess Schwend, A., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J.D., Deutsch, M.B., Adams, N.H. y Winter, S. (2017). Language and trans health. *International Journal of Transgenderism, 18*(1), 1-6. doi: 10.1080/15532739.2016.1262127

Cárdenas-Rodríguez, R., Terrón-Caro, T. y Monreal-Gimeno, M. (2018). Redefinición de roles y relaciones de género en las migraciones internacionales. Estudio cualitativo en el Estado de Tamaulipas. *Papeles de Población, 24*(95), 153-179. doi: 10.22185/24487147.2018.95.07

Cárdenas-Rodríguez, R., Terrón-Caro, T. y Ortega-de-Mora, F. (2022). Estrategias de integración de las mujeres migrantes que cruzan la frontera sur de Andalucía. Desafíos y aportaciones para una gobernanza democrática. En R. Vieira, M.V. Pérez de Guzmán Puya, J.C. Marques, P. Silva, A.M. Vieira, C. Margarido, R. Matos y R. Santos (Eds.), *Libro de actas 10ª CIMIIS, 10ª Conferência Internacional de Mediação Intercultural e Intervenção Social* (pp. 50-59). Leiria.

Caro Gabalda, I. (2011). *Género y salud mental.* Biblioteca Nueva.

Carpenter, M. (2016). The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change. *Reproductive Health Matters, 24*(47), 74-84.

Castillo García, P. (Coord.), Ortiz Galván, D., Zanolla Balbuena (IPs), et al. (2023). *Informe Atravesando fronteras, abriendo puertas, cerrando heridas. Un proceso dialógico sobre la migración forzosa y la salud mental y psicosocial de las personas que llegan a Andalucía.* Cruz Roja.

CIDH, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015b). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex en América.* CIDH.

Ciurlo, A. (2015). La migración femenina y los cambios en las relaciones de género en las familias: el caso de las transmigrantes colombianas en Italia. *Oasis 21,* 55-79. doi: 10.18601/16577558.n21.04

Comisión Europea. (2012). *Trans and Intersex People. Discrimination on grounds of sex, gender identity and gender expression.* Office for Official Publications of the European Union.

Consejo de Europa, Comisario de Derechos Humanos. (2011). *Discrimination on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity, 2nd Edition.* Council of Europe Publishing.

Consejo de Europa, Comisario de Derechos Humanos. (2015). *Human rights and intersex people, Issue Paper.* Council of Europe Publishing.

Davy, Z., Sørlie, A. y Suess Schwend, A. (2018). Democratising diagnoses? The role of the depathologization perspective in constructing corporeal trans citizenship. *Critical Social Policy, 38*(1), 13-24.

Defensor del Pueblo. (2016). *Estudio sobre el asilo en España. La protección internacional y los recursos del sistema de acogida.* Defensor del Pueblo.

Delara, M. (2016). *Social Determinants of Immigrant Women's Mental Health.* Hindawi Publishing Corporation.

Díaz, N., Díez, A., Muñiz, R. y Senante, A. (2020). *Discriminacion y persecución por orientación sexual e identidad de género: el camino hacia una vida digna. Proyecto Sensibilización y formación a agentes implicados en el tratamiento con personas migrantes LGTTBI para la promoción de la igualdad de trato y no discriminación.* CEAR, Comisión Española de Ayuda al Refugiado.

EASO, European Asylum Support Office. (2015). *Researching the situation of lesbian, gay, and bisexual persons (LGLB) in countries of origen. EASO Practical Guides Series.* EASO.

El Mouali, F. (2021). Inmigración del Sur global: Relatos silenciados de mujeres migrantes en España. Geopolítica(s). *Revista de estudios sobre espacio y poder, 12*(1), 11-21. doi: 10.5209/geop. 10.5209/geop.7353073530

European Commission. (2020). *LGBTIQ Equality Strategy 2020 -2025.* European Commission.

European Commission. (2023). *Progress report. On the implementation of the LGBTIQ Equality Strategy 2020-2025.* European Commission.

Federación Andalucía Diversidad LGBT. (2020). *Guía Práctica sobre derecho de asilo por orientación sexual e identidad de género en España.* Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación.

Fedorko, B. y Berredo, L. (2017). *El círculo vicioso de la violencia: personas trans y género-diversas, migración y trabajo sexual.* TGEU, Transgender Europe.

Fernández, G. y Pérez Marquina, P. (2014). Presentación. En OIM, Organización Internacional para las Migraciones (Ed.), *Las mujeres migrantes y la violencia de género. Aportes para la reflexión y la intervención* (p. 17). OIM y Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Fox, S.D., Griffin, R.H. y Pachankis, J.E. (2020). Minority stress, social integration, and the mental health needs of LGBTQ asylum seekers in North America. *Social Science & Medicine, 246*(112727). doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112727

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. (2013). *EU LGBT survey: Main results.* Luxembourg: Publications Office of the European Union.

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Being Trans in the European Union. Comparative analysis of the EU LGBT survey data.* Publications Office of the European Union.

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. (2015a). *Protection against discrimination on grounds of sexual orientation, gender identity and sex characteristics in the EU. Comparative legal analysis – Update 2015.* Publications Office of the European Union.

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. (2015b). *The fundamental rights situation of intersex people.* Publications Office of the European Union.

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. (2017). *Current migration situation in the EU: Lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex asylum seekers.* Publications Office of the European Union.

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *A long way to go for LGBTI equality.* Publications Office of the European Union.

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. (2024). *LGBTIQ equality at a crossroads. Progress and challenges.* Publications Office of the European Union.

Frías Oncina, I., Río Benito, M. y Jiménez Casado, C. (2008). El proceso de adaptación y salud mental de la mujer inmigrante. En N. Sayed-Ahmad Beiruti, R. García Galán y E. González Rojo (Eds.). *Monografía I. Salud mental en la inmigración. Red Isir. Colección Inmigración y Salud (*pp. 87-101). Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Friedan, B. (1974). *La mística de la feminidad.* Júcar.

García-Calvente, M. M. (Coord.) (2018). *Informe Salud y Género en Andalucía 2018.* EASP. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Geertz, C. (1987*). La interpretación de las culturas.* Gedisa.

González Vélez, M., Vázquez Aguado, O. y Álvarez Pérez, P. (2013). El análisis de la resiliencia en personas que constituyen parejas mixtas en Andalucía. *Cuadernos de Trabajo Social, 26*(2), 275-284. doi: 10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41474

Gottlieb, N., Püschmann, C., Stenzinger, F., Koelber, J., Rasch, L., Köppelow, M. y Al Munjid, R. (2020). Health and Healthcare Utilization among Asylum-Seekers from Berlin's LGBTIQ Shelter: Preliminary Results of a Survey. *Int J Environ Res Public Health, 1*(12), 4514. doi: 10.3390/ijerph17124514

Gregori Flor, N. (2016). *Diagnóstico de las diferentes realidades, posicionamientos y demandas de la población intersexual o con DSD (diferencias del desarrollo sexual) en Barcelona.* Ayuntamiento de Barcelona.

Hochschild, A. (2001). Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional. En A. Giddens y W. Hutton (Eds.), *En el límite: la vida en el capitalismo global* (pp. 187-208). Tusquets.

Hondagneu-Sotelo, P. (2018). Estudios de género y migración: Una revisión desde la perspectiva del siglo XXI. *Autoctonía: Revista de Ciencias Sociales e Historia, 2*(1), 26-36. doi: 10.23854/autoc.v2i1.77

Hugo, J. y Pertl, L. (2023). *Intersex Refugees & Asylum Seekers Toolkit.* OII Europe.

ILGA Europe. (2016a). *Seeking refuge without harassment, detention or return to a "safe country". ILGA Europe Briefing on LGBTI Refugees and Asylum.* ILGA Europe.

ILGA Europe. (2016b). *Protecting the rights of LGBTI asylum seekers and refugees in the reform of the common European asylum system.* ILGA Europe.

ILGA Europe. (2021). *Policy briefing on LGBTI refugees and EU asylum legislation.* Bruselas: ILGA Europe.

ILGA World, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (2024). *ILGA database. Área 1. Marcos Jurídicos. Criminalización de actos sexuales consensuales* [últimas actualizaciones: agosto de 2024]. ILGA World.

ILGA World, Mendos, L.R., Botha, K., Carrano Lelis, R., López de la Peña, E., Savelev, I. y Tan, D. (2020). *Homofobia de estado 2020. Actualización del panorama global de la legislación.* ILGA World.

INE, Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Cifras de Población (CP) a 1 de julio de 2022. Estadística de Migraciones (EM). Primer semestre de 2022. Notas de Prensa, 18 de noviembre.* INE.

INE, Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Estadística de Adquisiciones de Nacionalidad Española de Residentes Año 2022. Notas de Prensa, 22 de junio.* INE.

INE, Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad (abril 2023).* INE.

Jansen, S. y Le Déroff, J. (2014). *Good Practices related to LGBTI asylum applicants in Europe.* ILGA Europe.

Jansen, S. y Spijkerboer, T. (2011*). Fleeing Homophobia, Asylum Claims related to Sexual Orientation and Gender Identity in Europe.* Vrije Universiteit Amsterdam.

Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. (2023). *Protocolo para la inclusión social de personas LGBTI y la prevención de la LGBTIfobia en los Centros de Servicios Sociales Comunitarios.* Junta de Andalucía.

Lagarde y de los Ríos, M. (2004). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. En A. Rincón (Coord.), *Congreso Internacional SARE 2003 "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado"* (p. 155-160). EMAKUNDE / Instituto Vasco de la Mujer.

Lee, E.O. y Brotman, S. (2011). Identity, refugeeness, belonging: experiences of sexual minority refugees in Canada. *Can Rev Sociol,* 48(3), 241-274.

León, I. (2001). *La injusticia global. Migraciones de mujeres.* ALAINET, Archivo Histórico.

Logie, C.H., Lacombe-Duncan, L., Lee-Foon, L., Ryan, S. y Ramsay, H. (2016). "It's for us - newcomers, LGBTQ persons, and HIV-positive persons. You feel free to be": a qualitative study exploring social support group participation among African and Caribbean lesbian, gay, bisexual and transgender newcomers and refugees in Toronto, Canada. *BMC Int Health Hum Rights, 16*(1), 18. doi: 10.1186/s12914-016-0092-0

Martín Díaz, E. (2017). Prólogo: Género y movilidad en las sociedades de la globalización. *Comparative Cultural Studies - European and Latin American Perspectives, 2*(3), 9-13. doi: 10.13128/ccselap-20822

Martínez, M.F. y Martínez García, J. (2018). Procesos migratorios e intervención psicosocial. *Papeles del Psicólogo, 39*(2), 95-107. doi: 10.23923/pap.psicol2018.2865

Ministerio de Igualdad. (s.a.). *Guía rápida para personas refugiadas sobre los derechos LGTBI en España.* Ministerio de Igualdad, Gobierno de España.

Ministerio de Igualdad, Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, Instituto de las Mujeres. (2023). *Principales indicadores estadísticos igualdad (Febrero 2023).* Gobierno de España.

Ministerio de Sanidad. (2022). *eCIE10ES. Edición electrónica de la CIE-10-ES.* Gobierno de España.

Monro, S., Crocetti, D. y Yeadon-Lee, T. (2019). Intersex / variations of sex characteristics and DSD citizenship in the UK, Italy and Switzerland. *Citizenship Studies, 23*(8), 780-797. doi: 10.1080/13621025.2019.1645813

Montañés, P. y Moyano, M. (2006). Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial. *Pensamiento Psicológico, 2*(6), 21-32.

Mukerjee R., Wesp L. y Singer, R. (2021). Cultural Safety Framework for LGBTQIA+ Communities. En Mukerjee, R., Wesp, L., Singer, R. y Menkin, D. (Eds.) *Clinician's Guide to LGBTQIA+ Care. Cultural safety and Social Justice in Primary, Sexual and Reproductive Care* (pp. 3-19). Springer Publishing Company.

Nematy, A., Namer, Y. y Razum, O. (2023[2022]). LGBTQI+ Refugees' and Asylum Seekers' Mental Health: A Qualitative Systematic Review. *Sexuality Research and Social Policy, 20,* 636-663. doi: 10.1007/s13178-022-00705-y

OII Europe. (2022[2021]). *Intersex Refugees & Asylum Seekers.* OII Europe.

OIM, Organización Internacional para las Migraciones. (2020). *Sobre Violencia Sexual y de Género en el contexto de las Migraciones en España.* OIM.

OIM, Organización Internacional para las Migraciones. (2023). *Género y migración.* OIM.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación.* Meditor.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud de los refugiados y migrantes.* OMS.

ONU, Organización de las Naciones Unidas. (1951). *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados.* ONU.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2019). *Violaciones de los derechos humanos de las personas intersex.* ONU.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. (2022). *Abordando la pobreza de género.* ONU.

ONU, Organización de las Naciones Unidas. (2023a). *Ficha de datos. Refugio y asilo.* ONU.

ONU, Organización de las Naciones Unidas, Experto Independiente sobre orientación sexual e identidad de género. (2023b). *LGBTI and Gender Diverse Persons in Forced Displacement.* ONU.

OPS, Organización Panamericana de la Salud. (1995[1992]). *CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 1.* OPS.

Orozco, A. (2007). *Cadenas globales de cuidado. Serie Género, Migración y Cuidado. Documento de Trabajo 2.* Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer.

Ortega-de-Mora, F. (2020). Invisibilidad, prejuicios y estigmas sociales. La realidad de las mujeres migrantes. En C. Sainz de Baranda y M. Blanca-Ruiz (Eds.), *Investigación joven con perspectiva de género V* (pp. 122-130). Universidad Carlos III de Madrid, Instituto de Estudios de Género.

Osborne, R. (Coord.), Longo, V., Monteros, S., Aguirre V.A., Rojas, L. y López S. (2011). *La situación social de la población migrante TLGB (Transexual, Transgénero, Lesbiana, Gay y Bisexual), en España, desde un enfoque de género y de derechos humanos.* ONU Mujeres.

Paiewonsky, D. (2007). *Feminización de la migración. Serie Género, Migración y Desarrollo, Documento de trabajo 1.* Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas.

Palacios Valencia, Y. (2016). Perspectiva de género en los fenómenos migratorios: estudio desde Europa y América Latina. *Revista CES Derecho, 7*(2), 145-162.

Pastor Moreno, G. y Ruiz Pérez, I. (Coord.), Gutiérrez Ortega, J., Muñoz Coca, M.M., Fonta Velasco, F.J., Blanco González, A., et al. (Equipo de trabajo). (2024). *Guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental.* Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo.

Pérez Bilbao, J. y Martín Daza, F. (1997). *El apoyo social. Guía de Trabajo NTP 439.* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Porrino García, A.F. (2022). *"Mokita". Investigación sobre el impacto del proceso migratorio en la mujer migrante* [TFG]. Universidad de Salamanca.

Principios de Yogyakarta. (2007). *Los principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.*

Principios de Yogyakarta más 10. (2017). *Principios y obligaciones estatales adicionales sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y las características sexuales que complementan los Principios de Yogyakarta.*

Puy Alforja, Á. (2021). *La atención psicológica y psicosocial con mujeres inmigrantes de origen subsahariano. Una mirada crítica desde las profesionales* [Trabajo Fin de Máster]. Universidad del País Vasco.

Red Acoge. (2017). *III Informe de Atención Psicosocial a Mujeres Inmigrantes de Red Acoge. Echando raíces, echando de menos: mujeres inmigrantes en España.* Red Acoge.

Reissner, S.L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral Grinspan, M., Mothopeng, M., Dunham, E., et al. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet, 388*(100042), 412-436. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00684-X

Ríos Marín, A.M. (2015). *Migraciones, Género y Salud: Estudio antropológico de los procesos de salud e integración social. Mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería* [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada.

Ruiz Pérez, I. y Agüera Urbano, C. (Coord.), Pastor Moreno, G., Pérez Corral, O. y Suess Schwend, A. (Equipo de trabajo). (2020). *Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género.* Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias.

Sainz Elías, H., Pascua García, M., Bergadà Sánchez, E., Jara Ibáñez, L. y Cristóbal Narváez, P. (2021). Asociación entre factores de riesgo relacionados con el proceso migratorio y la depresión en mujeres inmigrantes de la ciudad de Barcelona. En AEESME, Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (Ed.), *XXXVIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.* AEESME.

Sayed-Ahmad Beiruti, N. (2013). Proceso migratorio, diversidad sociocultural e impacto sobre la salud mental. Educación Social. *Revista de Intervención Socioeducativa, 54,* 87-101.

Shidlo, A. y Ahola, J. (2013). Mental health challenges of LGBT forced migrants. *FMR, 42,* 9-11.

Suess Schwend, A. (2016a). *Part III: Sexual, gender and bodily diversity in different cultures. Unit 1: Socio-cultural context of refugees' and migrants' health. Module 3: Foundations for the development of migrant sensitive health systems. Supporting health coordination, assessments, planning access to health care and capacity building in member states under particular migratory pressure – 717275/SH-CAPAC.* Escuela Andaluza de Salud Pública.

Suess Schwend, A. (2016b). *Part II: Persecution and discrimination on grounds of sexual orientation, gender expresión / identity and sex characteristics. Unit 2: Gender-based violence and persecution on grounds of sexual orientation, gender expresión / identity and sex characteristics. Module 4: Vulnerabilities. Supporting health coordination, assessments, planning access to health care and capacity building in member states under particular migratory pressure – 717275/SH-CAPAC.* Escuela Andaluza de Salud Pública.

Suess Schwend, A. (2018). Derechos de las personas trans e intersex: Revisión del marco legislativo en el contexto español desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos. *Revista Derecho y Salud, 28*(extra), 97-115.

Suess Schwend, A. (2020a). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Reviews, 41*(3), 1-17. doi: 10.1186/s40985-020-0118-y

Suess Schwend, A. (2020b). La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria, 34*(S1), 54-60. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.07.002

Suess Schwend, A. (2020c). *La salud de mujeres trans: reconociendo la diversidad. Cuadernos para la Salud de las Mujeres Nº 4*. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, Instituto Andaluz de la Mujer, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Suess Schwend, A. (2021). Protegiendo el derecho a la integridad corporal y a la expresión e identidad de género en la infancia y adolescencia: el marco internacional y regional de derechos humanos. Rodríguez, A. y Venegas, M. (Eds). *Infancia y Juventud: Retos Sociales y para la Democracia* (pp. 183-208). Tirant Humanidades, 2021.

Tabak, S. y Levitan, R. (2014). LGBTI Migrants in Immigration Detention: A Global Perspective. *Harvard Journal of Law and Gender, 37*(1), 1-44.

TGEU, Transgender Europe (2016). *Welcome to stay. Building trans communities inclusive of trans asylum seekers and refugees in Europe.* TGEU.

TGEU, Transgender Europe. (2018). *Trans-specific healthcare in Reception Conditions.* TGEU.

TGEU, Transgender Europe y Balzer, C. (2023). *Cifras absolutas (2008 – sept 2022).* TGEU.

Tutistar-Rosero, D.X. (Coord.). (2021). *Violencia de género en mujeres inmigrantes residentes en España.* PICUM.

Whittle, S., Turner, L., Combs, R. y Rhodes, S. (2008). *Transgender Eurostudy: legal survey and focus on the transgender experience of health care.* ILGA Europe / TGEU.

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S. y Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet, 388*(100042), 390-400. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00683-8

Yarwood, V., Checci, F., Lau, K. y Zimmerman, C. (2022). LGBTQI+ Migrants: A Systematic Review and Conceptual Framework of Health, Safety and Wellbeing during Migration. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(2), 869. doi: 10.3390/ijerph19020869

Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Aujean, S., Pinto, N., et al. (2017). *Task 1: State-of-the art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people. Health4LGBTI. Reducing health inequalities experienced by LGBTI people. D1.1 State-of-the-Art Synthesis Report.* European Commission.

La situación social y salud mental de niñas, niños y adolescentes migrantes

Introducción

Amets Suess Schwend

Según UNICEF (2021), "en 2020, el número de personas migrantes internacionales alcanzó 281 millones; 36 millones de las mismas eran niños y niñas (s.p.)".[21]

Con relación a personas menores de edad en situación de desplazamiento forzado, UNICEF (2023) indica: "A finales de 2022, una cifra sin precedentes de 43,3 millones de niños y niñas vivía en situación de desplazamiento forzado, muchos de ellos durante toda su infancia (…). El número de niños y niñas refugiados y solicitantes de asilo alcanzó los 17,5 millones" (s.p.).

ACNUR, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2018) resalta que "[l]a niñez y la adolescencia tienen derecho a recibir protección y asistencia especiales porque corren mayor riesgo que las personas adultas de sufrir abusos, abandono, violencia sexual y de otro tipo, explotación, trata y reclutamiento forzado por parte de grupos armados" (p. 18).

Con referencia a la situación de salud mental de niños y niñas migrantes y en desplazamiento forzado, UNICEF (2024b) advierte que "la incertidumbre, los duelos migratorios, la falta de expectativas y de respuestas rápidas, duraderas y especializadas, están provocando el empeoramiento de la salud mental y, con ello, los casos de pesadillas, ansiedad, pánico y depresión infantiles" (s.p.).

Teniendo en cuenta estas circunstancias, se consideró importante dedicar un capítulo de esta monografía a la situación de personas menores de edad migrantes y en desplazamiento forzado y su impacto en la salud mental.

[21] Traducción propia, texto original: "In 2020, the number of international migrants reached 281 million; 36 million of them were children" (UNICEF, 2021, s.p.).

En el apartado *6.2. Determinantes sociales de la salud mental de niñas, niños y adolescentes migrantes,* Ainhoa Rodríguez García de Cortázar revisa estudios centrados en el análisis de ejes estructurales de la desigualdad social como la edad, el género, la clase social o la discriminación étnico-nacional. Hace referencia a factores estresantes que pueden afectar a la salud mental de menores de edad migrantes antes de la partida, en el trayecto migratorio y en la sociedad receptora, así como factores protectores.

En el apartado *6.3. El impacto psicológico de la migración en el desarrollo psicoevolutivo en infancia y adolescencia,* Isabel España Ríos señala, desde su propia experiencia profesional y la literatura revisada, la situación de vulnerabilidad que atraviesan las familias durante el proceso de migración y un potencial impacto en la salud mental de personas menores de edad, según la edad y las características del proceso migratorio. Además, aporta posibles intervenciones terapéuticas en salud mental dirigidas a la infancia y adolescencia migrante.

En el apartado *6.4. Familias migrantes en transición como contexto clave en la salud mental infanto-juvenil,* Leticia García Panal se centra en el análisis de la situación de las familias migrantes y necesidades físicas, afectivas y cognitivas de menores de edad migrantes, resaltando la responsabilidad compartida de las sociedades receptoras en el abordaje de estas necesidades.

En el apartado *6.5. Propuestas de trabajo preventivo,* José Miguel Rodríguez Ferrer y Ana Manzano León aportan sugerencias para el trabajo con las familias y el alumnado migrante en el ámbito educativo, resaltando la importancia de una colaboración de los servicios de salud con redes sociales y comunitarias.

Finalmente, en el apartado *6.6. El difícil camino emocional hacia la emancipación de las personas jóvenes migrantes extuteladas,* Ramón Rodríguez Gómez revisa las dificultades que afronta este grupo de población en el paso de la tutela hacia la vida adulta, los recursos institucionales disponibles y recomendaciones dirigidas a mejorar el acompañamiento en este proceso.

El capítulo cierra con un apartado de claves y recomendaciones para la atención en salud mental a la infancia y adolescencia migrante y en desplazamiento forzado.

Determinantes sociales de la salud mental de niñas, niños y adolescentes migrantes

Ainhoa Rodríguez García de Cortázar

El 41% de las personas refugiadas a nivel mundial son niñas, niños o adolescentes (ACNUR, 2023). De 2010 a 2021, el número de personas refugiadas menores de 18 años aumentó un 132% (UNICEF, 2022). En 2022 más de 43,3 millones de niños, niñas y adolescentes se encuentran en situación de desplazamiento forzoso, 12 millones por fenómenos climáticos extremos y 17,5 millones son personas menores de 18 años refugiadas o solicitantes de protección internacional (UNICEF, 2023).

La salud mental y el bienestar emocional de la infancia y adolescencia depende de factores sociales, económicos, políticos, culturales, territoriales y medioambientales (Rajmil et al., 2010). Ejes estructurales de la desigualdad social, como son la edad, el género, la clase social o la discriminación étnico-nacional, interseccionan entre sí y con otros, condicionando la salud y perjudicando a quienes se encuentran en desventaja social y/o en situaciones de vulnerabilidad (Sastre et al., 2016).

Las cifras de pobreza y de privación social y material son significativamente más elevadas para niños, niñas y adolescentes de origen migrante en España (Rodríguez, 2023). Según la Organización Mundial de la Salud, la pobreza está asociada a situaciones de estrés y puede vincularse al desarrollo precoz de problemas de salud mental o psicosociales (Koller y WHO, 2010). En la misma línea, los análisis de la Encuesta Nacional de Salud concluyen que niños y niñas de familias empobrecidas y con bajo nivel de estudios presentan mayor riesgo de problemas de salud mental (Rajmil, 2014).

Desde una perspectiva de género, las chicas suelen tener una peor autopercepción de su salud emocional, independientemente de su clase social de origen o de su morbilidad (Vélez, et al., 2009). Son más frecuentes en ellas que en ellos los signos de ansiedad o depresión, síntomas que suelen pasar inadvertidos, lo que conlleva un infradiagnóstico de las niñas y chicas (Grigoravicius et al., 2023), más aún si son migrantes. Los sistemas patriarcales las colocan en posiciones subordinadas, con más riesgos de violencia sexual y de género que, en función de su procedencia, pueden materializarse en prácticas como matrimonios forzados, mutilación genital femenina o trata con fines de explotación sexual. Estas violencias impactan negativamente en su bienestar emocional y en su salud mental (Leralta et al., 2022).

El racismo, el colonialismo, la xenofobia y la discriminación basada en el estatus migratorio conforman otros de los determinantes estructurales fundamentales de la

salud de la niñez y adolescencia migrante o refugiada, limitan las oportunidades vitales, producen estrés, depresión y baja autoestima en la infancia y adolescencia (Devakumar et al., 2022).

Por último, la estructuración de las desigualdades sociales en base a la edad, en concreto el adultocentrismo, que normaliza las vulneraciones de derechos de la infancia y es percibido por niñas, niños y adolescentes como falta de respeto, desprecio o discriminación por parte de las personas adultas. El adultocentrismo produce frustración, inseguridad, dolor, ira y resistencias en niños, niñas y adolescentes, condicionando su bienestar emocional (Liebel, 2022).

Estos ejes que estructuran las desigualdades sociales determinan las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes en cada etapa del proceso migratorio y están relacionados con situaciones adversas y factores estresantes que pueden afectar a su salud mental.

Antes de la partida

Las motivaciones de la migración pueden estar vinculadas a dificultades económicas y de acceso a servicios sociales o sanitarios, falta de oportunidades o de libertades, a sufrimientos y violencias diversas, amenazas, persecuciones, guerras, desastres climáticos, etc. (Rodríguez-García-de-Cortázar, 2021) y, a menudo, migrar es una decisión familiar en la que niñas y niños apenas han podido participar (Rodríguez y Gimeno, 2019).

El impacto de la guerra en la salud mental de niñas, niños y adolescentes se manifiesta en forma de estrés postraumático, depresión -especialmente en las niñas y chicas- y somatizaciones en forma de dolores de cabeza, estómago, espalda o extremidades (Sirin y Rogers-Sirin, 2015). Akgül et al. (2019) encuentran además síntomas de ansiedad, autoconcepto negativo y hostilidad en personas menores de 18 años refugiadas de origen sirio en Turquía. Pese a que los síntomas disminuyen tras varios años de intervención en salud mental, las chicas siguen presentando mayor ansiedad, depresión, somatización y gravedad general, por lo que es imprescindible incluir la perspectiva de género en la atención a la salud mental de la infancia refugiada.

Algunas niñas y adolescentes migrantes procedentes de ciertos países (Somalia, Egipto, Etiopía, etc.) y culturas han sufrido mutilación genital femenina (Leralta et al., 2022), lo que también puede provocar problemas psicológicos, ansiedad y síntomas de estrés postraumático (Gallego, 2023).

En el trayecto migratorio

Niñas, niños y adolescentes migrantes pueden vivir continuos cambios de residencia, penurias económicas durante el viaje que pueden llevarles a vivir en condiciones peligrosas o insalubres, situaciones de encierro, riesgos de accidentes, vulneraciones de derechos y violencias de diversos tipos si no tienen permiso para cruzar fronteras, que se

agravan en cuando son víctimas de trata (torturas, violaciones y explotación).

La migración para muchos niños y niñas implica la separación familiar, tanto si migran solos como si se quedan en el país de origen mientras sus madres o padres migran. La separación y los cambios en la estructura familiar pueden tener efectos negativos en el desarrollo infantil y en la salud mental (Rubio, 2020). Además, la privación afectiva a la que se ven sometidas las personas menores de 18 años migrantes o refugiadas no acompañadas puede derivar en problemas de vinculación o apego (Foro Profesional para la Infancia de Andalucía, 2016).

En algunos países y en determinadas circunstancias se encierra a niñas, niños y adolescentes en centros de detención o de internamiento para migrantes (UNICEF, 2017) lo que, además de vulnerar sus derechos, impacta negativamente en su bienestar emocional y/o en su salud mental (Chávez y Menjívar, 2010).

Un elevado porcentaje de niñas y adolescentes migrantes no acompañadas han sufrido agresiones y episodios de violencia sexual (también niños), con consecuencias para su salud mental (depresión, ansiedad, 'trastornos emocionales', entre otras). Son víctimas durante el trayecto migratorio (Save the Children, 2023), pero también antes, este es uno de los motivos para migrar recurrente entre las chicas (Kids in Need of Defense y Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova, 2017).

Además, hay niñas o adolescentes que migran a través de redes de trata con fines de explotación sexual (o de otro tipo) (Gimeno et al., 2024). La trata tiene un fuerte impacto en su salud mental y se vincula a síntomas relacionados con 'trastornos de estrés postraumático' (hipervigilancia, pesadillas, *flashbacks),* con ansiedad (miedo, nerviosismo, insomnio), con depresión (tristeza y llanto recurrente, desesperanza, autolesiones o intentos de suicidio) y hostilidad (Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS, 2017; Kiss et al., 2015; PHIT, 2019).

En la sociedad receptora

La discriminación por origen nacional o estatus administrativo y el racismo configuran uno de los principales ejes de desigualdad social que afecta a la salud mental de la infancia y adolescencia migrante en la sociedad receptora, también en etapas anteriores de su proceso migratorio.

Estudios como el de Pávez et al. (2020) apuntan a una polivictimización de la niñez migrante, derivada de violencias institucionales, sociales, familiares y entre iguales. Las barreras de acceso al empleo y a la vivienda, agravadas en situaciones de irregularidad administrativa, impactan en las relaciones sociales y en la salud mental de niños, niñas y adolescentes migrantes (Fanjul et al., 2021). En España y en otros países europeos tienen derecho a la educación obligatoria y a la atención sanitaria. Generalmente reciben

atención médica básica,[22] no obstante, se han detectado insuficiencias en las prestaciones relativas a la salud mental. Rubio (2020) encuentra mayor probabilidad de usar drogas en menores de edad que en adultos migrantes, también mayores dificultades interpersonales, lo que requiere adaptar las intervenciones en salud mental a este colectivo. En España, profesionales de la salud mental reconocen dificultades para derivar a adolescentes migrantes sin referentes familiares a tratamientos específicos de adicciones, así como para llevar a cabo un seguimiento adecuado del tratamiento prescrito, con los riesgos que esto conlleva (Gallego, 2023). La escasez de servicios especializados de salud mental y apoyo psicosocial para la infancia y adolescencia migrante o refugiada contrasta con su demanda de apoyo psicológico para afrontar los traumas derivados del viaje (Save the Children, 2023). Y la privación de asistencia psicológica puede conllevar que se agraven alteraciones del desarrollo o situaciones de aislamiento, dificultades de socialización o fracaso escolar (Foro Profesional para la Infancia de Andalucía, 2016).

Los efectos de la exclusión social y la xenofobia, del rechazo en el ámbito educativo y comunitario, pueden ser, entre otros, sentimientos de humillación y baja autoestima, depresión, dificultades de adaptación social y uso de drogas (Foro Profesional para la Infancia de Andalucía, 2016). La mayoría de las investigaciones sobre la discriminación racial en la infancia identifican efectos adversos del racismo en la salud mental infantil y adolescente (Venegas et al., 2023). La revisión sistemática de Priest et al. (2013) encontró en dos terceras partes de los estudios analizados una relación significativa entre la discriminación racial y la depresión o la ansiedad en la infancia y adolescencia. Kauff et al. (2017) encuentran una relación estable entre la discriminación étnica y problemas psicosomáticos (dolor de cabeza o dificultades para dormir) en adolescentes migrantes; cuando son agentes de la policía o de seguridad privada quienes ejercen esta discriminación resultan peores los efectos negativos en su salud.

Niños, niñas y adolescentes migrantes, a pesar de sus circunstancias adversas, muestran una capacidad de resiliencia destacada. Lazos positivos y redes de apoyo familiares o comunitarias, identidad y valores culturales amortiguan las consecuencias en la salud mental de la discriminación racial en la infancia y adolescencia (Linton et al., 2019). En este sentido, Abdulhamed (2022) encuentra un alto riesgo de ansiedad y depresión en adolescentes migrantes (mayor que en hijos o hijas de migrantes), 4 de cada 10 no podían compartir con nadie sus preocupaciones personales.

Diversos estudios concluyen que la educación familiar en una identidad étnica positiva y la preparación de niñas y niños frente a la discriminación tienen efectos protectores de la salud mental (Masten, 2018). Junto con la familia, la escuela juega también un papel

[22] Las principales dificultades de acceso a los recursos sanitarios identificadas en países de la Unión Europea tienen que ver con la falta de información sobre el sistema sanitario, el miedo a que al acudir a los recursos sanitarios se informe a la policía y esto conlleve una detención o incluso una deportación, barreras de idioma o logísticas, actitudes discriminatorias por parte del personal sanitario o administrativo y falta de información sobre los derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes por parte de quienes proporcionan la atención sanitaria (Rodríguez y Leralta, 2016).

moderador de estos efectos negativos en la salud mental de la infancia y adolescencia migrante o refugiada (Venegas et al., 2023).

El impacto psicológico de la migración en el desarrollo psicoevolutivo en infancia y adolescencia[23]

Isabel España Rios

La infancia y adolescencia son periodos vitales especialmente vulnerables por sí solos, incluso antes del nacimiento, durante el periodo perinatal, al ser seres en proceso de desarrollo y maduración continuo que precisan del cuidado de otras personas adultas (progenitores, otros miembros de la familia extensa, profesionales de la educación en centros de acogida, etc.). Es por ello que aquellas circunstancias que interfieran sobre sí mismos o sobre las personas adultas a cargo repercutirán en su desarrollo. Mientras más precoces actúan agentes desfavorables, mayor repercusión pueden tener en su desarrollo, pero también existe mayor capacidad de adaptación. Esto es lo que les diferencia fundamentalmente de la población adulta, las interferencias en su desarrollo y las dificultades para adquirir los hitos psicoevolutivos propios de cada periodo del psicodesarrollo. Sobre ello se pueden incorporar dificultades cuando la repercusión emocional de dichos factores bloquea la capacidad de las personas menores de edad de adaptación y resiliencia (Barudy y Dantagnan, 2005).

Con relación a la migración por tanto no puede considerarse el proceso migratorio de las personas menores de edad sin el proceso migratorio de sus madres y padres, habitualmente con tiempos, formas de gestión y mecanismos de adaptación diferentes.

Siguiendo el modelo de Barudy y Dantagnan (2005) sobre parentalidad, apego y resiliencia, en su libro *Los buenos tratos en la infancia* refleja estudios que demuestran cómo los factores de estrés mantenidos impactan en el desarrollo neurobiológico de las personas menores de edad, con mayor afectación mientras sean más precoces e intensos.

Según mi experiencia profesional, el proceso migratorio conlleva múltiples factores de estrés (físicos y emocionales) que impactan tanto en las personas menores de edad como en las personas responsables de su cuidado y que se mantienen en el tiempo.

Para el desarrollo emocional de cualquier persona menor de edad es fundamental la vinculación con la persona adulta a cargo (habitualmente la progenitora en población

[23] El apartado está basado en la bibliografía referenciada y la propia experiencia profesional.

general y migrante y/o progenitor) de forma que pueda desarrollar un apego seguro y estable para la construcción del carácter y habilidades básicas cognitivas, emocionales y conductuales. Durante el proceso migratorio no siempre se dan estas condiciones, ya que se dan múltiples rupturas vinculares y duelos tanto en las personas menores de edad como en sus madres y padres; las personas adultas a cargo que deberían contener y ayudar a elaborar este proceso no siempre están en disposición de hacerlo al tener que transitar por su propio proceso.

Como se puede ver, el proceso migratorio implica una máxima vulneración del desarrollo físico y emocional de las familias. En mi experiencia profesional, cuando llegan al destino es cuando suele iniciarse el proceso de duelo ya que, con anterioridad, prevalece la necesidad de subsistir y el componente emocional queda relegado a un segundo plano. Destacar, como ya se ha mencionado en otros capítulos, que las personas que suelen llegar a destino suelen tener una gran capacidad de adaptación y resiliencia, pero al hacer frente a la parentalidad, se movilizan y reactivan conflictos o traumas que no se pudieron elaborar previamente.

Como ya se ha comentado antes, no se puede hablar de la persona menor de edad sin la familia (contexto inmediato de cuidado, protección y afecto) que habitualmente también transita por diferentes ciclos del desarrollo. Pittman (1995), terapeuta familiar sistémico, analiza las crisis que las familias atraviesan, denominando a las "crisis vitales de desarrollo" (p. 32) las que se relacionan con: etapa de constitución de pareja, etapa de crianza, etapa de adolescencia, etapa nido vacío, etapa madurez pareja y etapa ancianidad. El atravesar estas etapas incluyen ya de por sí procesos de cambios, pérdidas y nuevas adaptaciones. Sobre estas circunstancias pueden impactar otras crisis:

- "Crisis inesperadas": momentos de gran tensión a causa de circunstancias ajenas a las familias (accidente, fallecimiento inesperado, catástrofe natural, económicas, laborales, etc.) (Pittman, 1995, p. 29).

- "Crisis estructurales": son más profundas porque implica una disfunción en la familia sobre las que se mantiene la dinámica familiar (infidelidades, tóxico de dependencias, etc.) (Pittman, 1995, p. 37).

- "Crisis de desvalimiento": se deben a la pérdida de autonomía de uno de los miembros de la familia por enfermedad física o mental. Son más graves cuanto mayor sea la pérdida de funcionalidad (Pittman, 1995, p. 40).

De la interacción entre el nivel de desarrollo, las crisis evolutivas y los acontecimientos vitales externos surgirá una expresión emocional determinada. A continuación, se describirá cómo puede impactar en el desarrollo psicoevolutivo de las personas menores de edad los múltiples factores estresores que conlleva el proceso migratorio en función de la etapa evolutiva, basando la descripción en la psicología evolutiva (Dugas, 1995).

Periodo perinatal

Según De la Torre et al. (2006), "[l]a población inmigrada se caracteriza por ser joven, sana, y con capacidad de adaptación a los cambios, pero sus condiciones sociales, económicas y laborales, con frecuencia son precarias y favorecen la vulnerabilidad a la enfermedad. (…) A esto debemos añadir un incremento sustancial de patologías, prevalentes en los países de origen como la anemia, tuberculosis, desnutrición, hemoglobinopatías, consanguinidad, hipocalcemia, hepatitis B y/o C, infecciones de transmisión sexual, enfermedades infecciosas transmitidas por artrópodos como enfermedad de Chagas y otras parasitosis, así como mutilaciones genitales" (p. 49). En España el acceso a la sanidad pública permite la detección precoz y tratamiento, pero en la población que no accede o lo hace de forma tardía, puede estar relacionado con bajo peso al nacer y prematuridad extrema. "El país de origen influye en estas tasas de prematuridad" (De la Torre et al., 2006, p. 53). Por otra parte, "[e]l miedo, la desconfianza y la soledad son sentimientos que con frecuencia se presentan en la población que ha inmigrado y pueden relacionarse con la dificultad que presentan para acceder y utilizar los servicios de salud en un contexto de normalidad" (De la Torre et al., 2006, p. 56). "La mayoría de las mujeres inmigrantes hacen un escaso uso de los servicios sanitarios y en la atención prenatal, con consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas en comparación con las nativas" además "acuden al hospital con el parto más avanzado" lo que influye en "una mayor morbimortalidad materna y perinatal" (De la Torre et al., 2006, p. 54-55).

Primera infancia (0-5 años)

Durante los primeros años de vida es preciso un entorno protector y seguro que permita vinculaciones adecuadas. La capacidad de adaptación al nuevo entorno será mayor mientras menor sea el niño o la niña. Según lo observado en mi experiencia profesional, afecta en mayor o menor medida en función de las circunstancias:

- ***Hijos e hijas que acompañan a sus madres y padres en el proceso migratorio:*** la necesidad de sus personas responsables del cuidado de sobrevivir en circunstancias precarias y adversas puede relacionarse con una menor estimulación psicosensorial y ocasionar retrasos en el desarrollo psicoafectivo y psicomotor: disminución en el tono motor, sonrisa social, primeras palabras, etc.

- ***Hijos e hijas que nacen en el país receptor:*** aunque suelen acceder a la sanidad y los recursos necesarios para una detección precoz de cualquier problema desde su nacimiento, sufren las condiciones de vida de sus familias (hacinamiento en vivienda, incorporación precoz de las madres al trabajo en amplias jornadas quedando al cuidado informal de otras personas adultas o hermanos y hermanas mayores, etc.), con frecuencia inician el lenguaje en el idioma de origen de sus progenitoras y progenitores, así como el estilo de crianza propio del país de origen. Estas circunstancias también pueden provocar retrasos en el desarrollo psicomotor, psicoafectivo o en el lenguaje.

Infancia (6-11 años)

Durante este periodo se inicia la escolarización (se incluye también la incorporación a la guardería, aunque sea de la primera infancia). Funes Artiaga (1999) y López Narbona (2008) diferencian tres circunstancias:

- ***Menores de edad que nacieron en el país receptor:*** entra en colisión el idioma y unas normas de convivencia y hábitos del país receptor, por lo general diferentes a los hábitos de sus familiares (alimentación, control de esfínteres, sueño, etc.), por lo que pueden aparecer conductas regresivas o desadaptativas. Se inician las relaciones con iguales y con otras personas adultas que ya están fuera del núcleo familiar, tomando conciencia de la diferencia entre ellas y sus familiares con el entorno (etnia, costumbres, etc.) conforme la edad aumenta. Durante este periodo, deben de desarrollarse los procesos de separación-individuación, dependencia-autonomía, desarrollar tolerancia a la frustración y conflicto con los límites, el proceso de socialización y aprendizaje, etc. (García Borrego, 2007).

- ***Menores de edad que llegan por reagrupación familiar a España:*** según mi propia experiencia, la migración de estas personas menores de edad suele ser involuntaria, las personas menores de edad suelen quedar a cargo de algún miembro de la familia que ejerce las funciones parentales en el país de origen. Si se ha establecido una buena vinculación con esta persona, supone una ruptura y reacción de duelo difíciles de comprender y asimilar, ya que dejan su casa, sus primeros vínculos con iguales, costumbres, etc., para incorporarse a un contexto familiar en el que suele mejorar las circunstancias económicas y de vida, pero no siempre las emocionales-afectivas: casi no conocen a sus madres, padres y/o hermanos y hermanas que pueden estar poco disponibles por motivos laborales y rápidamente se les inserta en un sistema educativo donde deben de adaptarse al idioma, nuevos aprendizajes y relaciones con iguales en un contexto cultural

totalmente desconocido, lo que supone en un inicio un estrés añadido al proceso migratorio en el que se encuentran inmersas. A diferencia de sus progenitores, su proceso migratorio es abrupto y no deseado, donde está más presente la pérdida de su vida anterior que las ventajas de la nueva. Aunque las ventajas de las nuevas tecnologías permiten seguir manteniendo relación con las personas significativas que dejaron (familia o amistades), también puede suponer una mayor dificultad para integrarse en su 'nueva familia'. Sus madres y padres no siempre comprenden este proceso y a menudo lo viven con malestar y culpa, ya que la reagrupación familiar suele conllevar un gran esfuerzo y deseo de bienestar y un futuro mejor para sus hijos e hijas. Puede darse un desajuste entre el proceso migratorio de madres y padres y el de sus hijos e hijas que entra en colisión. Con frecuencia la búsqueda de actividades que apoyen a progenitoras y progenitores en el cuidado de sus hijos e hijas (escolares como extraescolares) aumentan la sobrecarga de las personas menores de edad que están inmersas en su propio duelo.

- ***Menores de edad que migran durante este periodo con sus familias:*** en este caso cuentan con el apoyo de sus madres y padres durante todo el proceso migratorio por lo que el acoplamiento del proceso de las personas responsables del cuidado y sus hijos e hijas suele ser más parecido.

Adolescencia (12-18 años)

Según Funes Artiaga (1999), este periodo se caracteriza por el conflicto de la identidad que en las personas adolescentes migrantes es doble: de la propia etapa evolutiva (conflicto entre la identidad de la infancia y construcción de la identidad adulta, ¿quién soy?) y la secundaria al proceso migratorio (dos culturas y conflicto de pertenencia). En determinadas culturas la adolescencia no existe como periodo del desarrollo, pasando de la infancia a la juventud sin esta transición, adquiriendo de forma precoz para nuestra cultura, responsabilidades y derechos propios de las personas adultas (trabajo, matrimonio, emancipación de la familia origen, etc.). Madres y padres con frecuencia no han experimentado este proceso adolescente, por lo que el desconocimiento y desencuentro con sus hijos e hijas en esta etapa puede ser mayor.

La crisis vital adolescente se caracteriza por la elaboración de un triple duelo: pérdida del cuerpo de la infancia (e inicio del desarrollo puberal); duelo por la identidad infantil (implica asumir más responsabilidades pero sin las libertades de ser una persona adulta; la adquisición de esta nueva identidad se basa en las experiencias adquiridas a través de las nuevas relaciones interpersonales del grupo de iguales y que les permite adoptar nuevos roles) y el duelo por la pérdida de sus madres y padres de la infancia (idealizados

en etapas previas, en esta etapa a través de la confrontación intentan definir su identidad diferenciándose de sus progenitores) (Silva Diverio et al., 2007).

Es importante considerar en qué momento migran las personas adolescentes, ya que tendrá unas peculiaridades diferentes:

- En las personas ***adolescentes hijas de madres y padres que emigraron y nacieron en el país receptor*** convergen dos crisis: la propia del desarrollo y las tensiones que provoca el conflicto de lealtades entre la identidad y pertenencia al país de origen y la que corresponde al país receptor. "Se trata de chicos y chicas que deben resolver ahora (reconciliarse) dificultades y tensiones importantes de su pasado: la inestabilidad familiar producida por el proceso migratorio, las tensiones generadas por un entorno conocido y en ocasiones hostil, los esfuerzos emocionales de la adaptación, las pérdidas del universo infantil inicial" (Funes Artiaga, 1999, p. 126).

- En mi experiencia profesional, durante este proceso de inestabilidad, la pertenencia de las personas migrantes adolescentes al grupo de iguales se hace imprescindible para poder realizar la individuación de las personas responsables de su cuidado. Pero el grupo de iguales en el país receptor no siempre las integra, en ocasiones las excluye y señala las diferencias en adolescentes que desean integrarse y pertenecer a la misma cultura. Esta situación provoca grandes ambivalencias, con dos fuerzas que luchan: el deseo de inclusión y pertenencia a la cultura del país receptor y la exclusión y señalamiento de ser diferentes que les recuerda el grupo de iguales y la sociedad en general. En muchas ocasiones, la familia ejerce de fuerza centrípeta que mantiene la fidelidad a su país de origen manteniendo las tradiciones y cultura y rechazando o penalizando las propias del país receptor. El conflicto para las personas adolescentes está servido y la búsqueda de un grupo de pertenencia a cualquier coste puede conllevar la inclusión en grupos de riesgo (consumos tóxicos, redes sociales, promiscuidad, etc.).

- ***Adolescentes que migran por reunificación familiar:*** aunque la migración pueda ser deseada por las personas menores de edad, si las personas adultas que les cuidaron fueron afectuosas, el sentimiento de pérdida tanto de este vínculo como de las relaciones ya iniciadas con el grupo de iguales hace que se intensifiquen los síntomas del duelo. Por el contrario, si fueron vínculos inseguros, la desconfianza y expectativas ante el reencuentro se reducen y con frecuencia se manifiesta como enfado o rabia hacia sus progenitores. A ello se une que el proceso de adaptación es más complicado y los desajustes a nivel escolar suelen mermar aún más la autoestima de estas personas adolescentes.

- ***Adolescentes que migran en solitario:*** suelen transitar de la infancia a la etapa adulta de forma abrupta por lo que implica el tener que emprender el viaje migratorio en solitario, con frecuencia acumulan múltiples traumas y vivencias de abuso, desvalimiento y supervivencia en el trayecto. Cuando llegan, la sociedad occidental les asigna una identidad como adolescentes en la que no se reconocen, ya que han sobrevivido en solitario e iniciado su propio proyecto vital fuera de la familia años antes. Durante este viaje migratorio, la pertenencia como forma de supervivencia a un grupo se hace fundamental. La estancia involuntaria en muchas ocasiones en centros de acogida (por considerarles susceptibles de necesidad de protección por ser menores de edad), puede ser vivida de forma coercitiva, rompiendo en ocasiones con el grupo al que estaba vinculada. Sin embargo, las personas que se adaptan y aceptan la oportunidad que les ofrece esta opción a nivel de cuidados, formación, etc. se encuentran con que a los 18 años se les emancipa de los sistemas de protección y vuelven a la calle en muchas ocasiones (desprotección en el momento que pueden estar integrándose o adaptándose a la nueva realidad). En estos casos de nuevo la búsqueda de aceptación en cualquier grupo de iguales que le proporcione apoyo es muy frecuente a cualquier coste: adicciones, delincuencia, etc.

Problemas de salud mental y dificultades detectadas en población infantil y adolescente migrante

Como ya se ha hecho referencia con anterioridad, la migración en sí misma no se relaciona directamente con un mayor riesgo de padecer un problema de salud mental, no es un factor 'patógeno', sin embargo, las condiciones y motivaciones, así como los eventos traumáticos que pueden acompañarla sí aumenta el riesgo de sufrir un problema de salud mental.

En la población de menores de edad migrantes hay pocos estudios sobre los problemas de salud mental y más aún que sean concluyentes (no suelen diferenciar las diferentes circunstancias de la migración, ni el origen, accesibilidad a sistemas sanitarios según el país, etc.); también faltan instrumentos de evaluación y diagnostico adaptados a otras culturas, lo que puede conducir a un infradiagnóstico o a un sobrediagnóstico. Es por ello que realizaré reflexiones basadas en mi experiencia profesional durante veinte años en dispositivo de salud mental infancia y adolescencia.

Es recomendable tener en cuenta el contexto cultural de origen y sistemas de creencias de la familia como variables que inciden en la expresión del sufrimiento emocional, así como la confianza en los sistemas de salud occidentales. En España, el acceso sanitario universal y gratuito supone una ventaja, aunque la disponibilidad de madres y padres para llevar a sus hijos e hijas a consulta médica suele ser baja según mi experiencia profesional, por problemas laborales o de marginación: suele ser más frecuente el uso de urgencias o a través de profesionales de Pediatría del Centro de Salud. En ocasiones

la demanda de atención en Salud Mental suele partir de la escuela, ya que las personas responsables de los cuidados suelen sufrir en muchas ocasiones una sobrecarga por la dificultad que supone sacar a la familia adelante y pueden haber gestionado múltiples eventos traumáticos de forma disociada, por lo que con frecuencia pueden no detectar o minimizar el sufrimiento de sus hijos e hijas en unas situaciones de vida mucho más favorables. Por otra parte, cuando se plantean apoyos de tipo social que requieren la intervención de Servicios Sociales Comunitarios, pueden ser interpretados no como un sistema de ayuda sino como una amenaza ante situaciones irregulares de algún miembro de la familia o el temor de la retirada de hijos e hijas ante situaciones de precariedad económica o de cuidados.

Según Morales Gordillo (2021) que a su vez hace referencia a Reijeveld et al. (2005), estudios europeos que se basan en el *Child Behavior Checklist* (CBCL que evalúa síntomas de salud mental) en adolescentes migrantes en diferentes países y que valoran problemas de salud internalizantes (ansiedad, depresión, somatizaciones, etc.) y externalizantes (problemas de conducta, hiperactividad, desregulación emocional, etc.), "han encontrado que la prevalencia de problemas psicosociales (de comportamiento, emocionales, educativos, etc.) entre los jóvenes inmigrantes suelen ser más alta que entre los jóvenes no-inmigrantes o nativos" (p. 125). Sin embargo, Morales Gordillo (2021) señala que habría que tomar en consideración que estos resultados no tienen en cuenta la accesibilidad a los sistemas de salud.

Con relación al consumo de tóxicos, existe un estudio de 2015 (Sarasa-Renedo et al., 2015) que compara el consumo de tóxicos entre personas adolescentes autóctonas y adolescentes con migración reciente con más de una persona progenitora migrante ARIB.[24] El menor riesgo del último grupo dependía más "de las características del país de origen y de no tener padres de procedencia mixta que de haber nacido en el extranjero. El consumo de tabaco, cannabis y estimulantes en las personas ARIB aumentó a medida que aumentaba el consumo de estas sustancias por parte de la población en el país de origen. Las personas ARIB de regiones no musulmanas tenían un menor riesgo de consumir alcohol y un mayor riesgo de usar sedantes-hipnóticos que las de la región musulmana" (Sarasa-Renedo et al., 2015, p. 124, traducción propia).[25] Este estudio contradice la percepción de algunos ámbitos de la sociedad que relacionan la inmigración con mayor abuso de sustancias.

En una revisión sistemática sobre problemas de salud mental y personas menores de edad refugiadas (que no vienen acompañadas por ninguna persona progenitora) (Crespo et al., 2017) se destaca la mayor presencia de "Trastornos de Estrés Postraumático

[24] Sarasa-Renedo et al. (2015) hacen referencia al término "adolescents with recent immigrant background (ARIBs)" (p. 124), quiere decir "adolescentes de procedencia migrante reciente" (traducción propia).
[25] Texto original: "ARIBs' lower risk depended more on country-of-origin characteristics and not having mixed-parents than being foreign-born. Tobacco, cannabis and stimulant use in ARIBs increased with increasing population use of these substances in the country-of-origin. ARIBs from the non-Muslim-regions had a lower risk of using alcohol and higher risk of using sedative-hypnotics than those from the Muslim-region" (Sarasa-Renedo et al., 2015, p. 124).

(TEPT)" (p. 11) y "Trastorno Depresivo Mayor" (p. 20) en personas menores refugiadas, siendo el aumento de la edad o el historial del trauma (un mayor número de eventos traumáticos en el país de origen, durante el tránsito y durante la llegada al país receptor) un predictor de TEPT de inicio tardío, siempre mediados por la capacidad de la persona menor de edad en sus estrategias de afrontamiento. "El *género* es otro factor bastante estudiado, observándose que las chicas padecen más sintomatología evitativa en el TEPT y síntomas internalizantes que los chicos, mientras que éstos presentan más síntomas externalizantes y menos comportamientos prosociales" (Crespo 2017 et al., p. 27, cursiva en el texto).

Dependiendo de la etapa del desarrollo, siguiendo el modelo de la psicología evolutiva (Dugas, 1995) y la propia experiencia profesional, la forma de expresar los síntomas emocionales es diferente tanto en población autóctona como migrante, es por ello que a continuación se mencionarán los problemas de salud mental más frecuente en ambas poblaciones:

- **Infancia:** son frecuentes las somatizaciones (quejas dolor abdominal, cefaleas, cansancio, pérdida o aumento apetito, etc.), conductas regresivas (enuresis, encopresis, succión pulgar, miedos, insomnio, ansiedad separación, etc.), problemas conductuales (oposicionismo, inquietud psicomotriz, irritabilidad, heteroagresividad, etc.) o dificultades aprendizaje (bajada en el rendimiento escolar, déficit atencional secundario, inquietud psicomotriz, problemas de relación con grupo de iguales, etc.).

- **Adolescencia:** la expresión clínica suele ser diferente en chicas que en chicos. Predominan en las chicas los problemas de depresión o ansiedad, pudiendo presentar autolesiones o conducta suicida y problemas en la desregulación emocional. En los chicos predominan la desregulación emocional, los problemas conductuales de base emocional (descontroles conductuales, mal ajuste psicosocial con grupo de iguales, pertenencia a grupos de riesgo, etc.), menor rendimiento académico y con más frecuencia que en las chicas, consumo de tóxicos. Mención aparte los problemas que se pueden añadir relacionados con situaciones de discriminación por motivo de orientación sexual o expresión / identidad de género en las culturas de origen y acogida que pueden causar un gran sufrimiento emocional añadido en este grupo de menores de edad.

Intervención terapéutica en Salud Mental dirigida a la infancia y adolescencia migrante

Al igual que en todas las personas menores de edad, pero más especialmente en este grupo, es imprescindible un abordaje integral (paradigma terapia familiar sistémica, Hoffman, 1994) que incluya la perspectiva transcultural (Aguirre Baztan, 1994):

- Identificación y valoración de factores de vulnerabilidad y protección individuales, así como de problemas de salud mental que presente la persona menor de edad: Debe incluirse la exploración del país de origen (colusión cultural e idioma, etc.), momento migratorio de la persona menor de edad: reagrupación familiar, migración en solitario, personas nacidas en España, etc.

- Abordaje familiar: cuál es la demanda de madres y padres, comprensión del problema de sus hijos e hijas, estilo de crianza, etc.; incluir la exploración de la cultura del país de origen, proyecto migratorio, red de apoyo, vínculos con el país de origen, presencia de problemas de salud mental de algunas de las personas responsables del cuidado, reactivación de eventos traumáticos en madres y padres durante el ejercicio de la parentalidad, nivel socioeconómico y cultural, etc. Considerar que en muchas ocasiones son familias monoparentales o reconstituidas que pueden experimentar situaciones de sobrecarga, o familias con problemas añadidos (dependencia, maltrato, consumos tóxicos, etc.).

- Abordaje escolar: adaptación al contexto escolar y rendimiento en función del momento migratorio: grado de pertenencia, integración o exclusión del grupo de iguales, absentismo, situaciones de acoso o ciberacoso (rol de víctima, persona agresora o ambos roles), etc.

- Apoyo social: en el ejercicio de la parentalidad en familias con alto estrés laboral o económico o a través de abordaje psicosocial de familias de alta vulnerabilidad; para las personas menores de edad incluyéndolas en actividades de ocio o apoyo escolar en grupo de iguales que facilite la integración; facilitar asistencia a consultas.

Incorporación de aspectos culturales y del proceso migratorio en la atención en salud mental

Según López Narbona (2008), puede resultar útil incluir "el modelo explicativo de **Kleinman** consistente en interrogar a la familia por los siguientes aspectos de su hijo o hija, o al mismo adolescente que consulta" (p. 118; negrita en el texto), incluyendo los siguientes aspectos:

> ***Patrones de malestar:*** *la perspectiva de la familia o del mismo paciente de cuáles son los síntomas más importantes para ellos, los que le producen mayor preocupación. Pueden ser distintos de los síntomas más graves o importantes desde la perspectiva occidental.*
>
> ***Atribución:*** *de qué manera se percibe la causa de lo que les pasa. Incluye aspectos mágicos o religiosos.*
>
> ***Preferencias y experiencia previa:*** *cómo han buscado ayuda, incluye la relación con medicina tradicional o chamánica.*

> ***Percepción del estigma:*** *este aspecto se presenta asociado a la enfermedad en su entorno cultural.*
>
> *(López Narbona, 2008, p. 118-119; negrita en el texto)*

Siguiendo mi propia experiencia clínica, otro aspecto importante en esta población que ha sufrido tantas pérdidas y vinculaciones inseguras, es el cuidar los espacios terapéuticos (y relacionales en general) ya que suponen en sí mismos un elemento terapéutico reparador del vínculo muy importante: deben proporcionarse vínculos estables en ambientes seguros, validando sus emociones, de forma que puedan expresar y reparar experiencias traumáticas.

Un recurso interesante en el proceso terapéutico con estas personas menores de edad y sus familias es el realizar una narrativa de la experiencia migratoria tanto de las personas menores de edad como de sus madres y padres, ya que también forma parte de su biografía, de forma que se pueda integrar el pasado, para afrontar el presente y el futuro.

Y por último no olvidar que la migración es un fenómeno muy complejo donde el trabajo en redes asistenciales se hace imprescindible. Este modelo de trabajo nos permite aunar esfuerzos y recursos proporcionando una integración de la atención tanto para las personas menores de edad como sus familias.

Dada la escasez de estudios sobre problemas de salud mental en personas menores de edad migrantes, sería interesante abordarlos desde las instituciones socio-sanitarias para realizar un análisis más completo de esta realidad y poder establecer líneas de actuación que faciliten el acceso a los recursos sanitarios e incorpore la mirada transcultural.

Familias migrantes en transición como contexto clave en la salud mental infanto-juvenil[26]

Leticia García Panal

Tras casi veinte años trabajando en el ámbito de la intervención familiar, puedo afirmar que criar no es fácil en ningún contexto, los retos de educar son continuos y cambiantes; cambios que han de ajustarse a las necesidades de las personas menores de edad y convivir con los condicionantes sociales del lugar donde se reside. A esto hay que añadirle las capacidades y realidad de quien ejerce esos cuidados.

Ser padres y madres en una familia migrante conlleva además muchos determinantes personales, familiares, sociales y culturales con los que hay que hacer malabares para

[26] El apartado está basado en la bibliografía referenciada y la propia experiencia profesional.

ejercer la crianza de la mejor manera posible. Se ha constatado cómo "el nivel y tipo de aculturación, el tiempo de estancia en el país de acogida, la receptividad de la población de destino, el tipo de incorporación al mercado de trabajo y la situación administrativa" influyen en el estado de salud de las personas migrantes (González-Rábago et al., 2021, p. 84).

A esto hay que añadir la cuestión de género, ya que en las familias migrantes la responsabilidad de los cuidados recae en las mujeres, tanto en las que migraron como en las que se quedaron al cuidado de hijos e hijas que después volvieron en procesos de reagrupación.

Cabe destacar el impacto en los niveles de bienestar de las personas menores de edad con el hecho de vivir el proceso migratorio o la residencia en el nuevo país en una familia monoparental, ya que se constata cómo este hecho en la mayoría de las ocasiones afecta de modo negativo a la satisfacción de sus necesidades de seguridad y de acceso a recursos de salud, alimentación y educación. Siguiendo con las necesidades de educación, "Domingo y Bayona (2021) concluyen que el ajuste escolar de la infancia migrante encuentra mayores obstáculos por residir en barrios con mayor vulnerabilidad socioeconómica" (Fernández-Rasines y Ajenjo Cosp, 2022, p. 1).

Complementando lo visto en el apartado 1 del presente capítulo, "[l]os/las hijos/as de progenitores inmigrantes tienen peor estado de salud percibido, mayor prevalencia de obesidad, dedican más horas a actividades sedentarias y viven en hogares con mayores dificultades económicas" (González-Rábago y Martín, 2019, p. 156).

Las madres migrantes son mujeres acostumbradas a enfrentarse a situaciones difíciles, están obligadas a vivir el presente y a solucionar problemas. Viven en el corto plazo, lo que hace difícil hacer una previsión de cuidados y de toma de decisiones en la crianza que propicie buenos resultados a medio y largo plazo. La preocupación principal de estas madres son sus hijos e hijas, "y todo el universo que la acompaña: colegios, actividades extraescolares, aficiones, apoyo escolar o demandas de actividad", haciendo esfuerzos ingentes para equilibrar el poder satisfacer sus necesidades con más horas de trabajo y la de pasar más tiempo con ellos y ellas (Brey et al., 2023, p. 11).

En el apartado 2 del presente capítulo se habla de la diferencia en cuanto a tiempo, formas de gestión y mecanismos de adaptación diferentes entre los procesos migratorios entre padres y madres y su descendencia. Se habla de menores de edad que acompañan a sus padres y madres en el proceso migratorio, hijos e hijas que se incorporan tras un proceso de reunificación y la prole nacida en el país receptor.

Los pilares de una buena crianza en todos contextos es ser conscientes de las implicaciones del peso de las mochilas con que estas personas menores de edad se enfrentan a la vida. El establecimiento de unos vínculos de apego seguro son la base esencial para superar el duelo migratorio y los retos de crecer en el país de acogida.

La prevalencia de depresión infantil en hijos e hijas de familias migrantes se relacionada con "la ausencia de los padres, la carencia afectiva, el maltrato infantil y la sociedad" (Albuja Echeverría et al., 2009, p. 288). La sintomatología depresiva también se vincula con el sentimiento de pertenencia al centro educativo. Este hecho cobra especial importancia en la adolescencia, donde el equilibrio entre la asimilación de la cultura del país receptor para sentir pertenencia al grupo de iguales y el mantenimiento de la identidad de su país de origen con sus vínculos familiares marca su proceso de búsqueda de identidad personal (Morales et al., 2021), poniendo en jaque en muchas ocasiones a progenitores que sienten el abandono de la cultura de origen como un desafío constante.

Los padres y las madres de menores de edad migrantes tienen que hacer frente en su proceso de crianza a una serie de factores sociales que dificultan el cuidado en sí mismo y a veces hacen perder el foco: "las diferencias en el acceso a diferentes tipos de capital (económico, educativo, cultural o social) debido a su hogar de referencia, el reconocimiento en mayor o menor grado de los derechos de ciudadanía, aspectos de tipo cultural e incluso hasta la existencia de rasgos físicos que los 'racializan' ante los ojos de la sociedad, todo lo cual determina un marco de oportunidades variable en términos de oportunidades de integración o de barreras y experiencias de discriminación" (González-Rábago et al., 2021, p. 82). "Uno de los factores que más contribuyen al deterioro de la imagen sobre la población migrante es la proliferación de determinados rumores que la asocian a aspectos negativos" (Jiménez-García y Jiménez Vicioso, 2019, p. 66).

Según Arnaiz-Sánchez y Chamseddine Habib Allah (2020) existen evidencias del "escaso conocimiento que las familias migrantes tienen sobre las normas educativas, a nivel general, y de la cultura escolar de acogida, a nivel particular" (p. 125); por otro lado, también es escaso "el conocimiento que posee el profesorado sobre la vida del alumnado migrante" (p. 115). Estos indicadores dejan una vía clara de intervención para mejorar el bienestar de la infancia migrante.

Para facilitar una crianza que minimice los efectos adversos del proceso migratorio en las personas menores de edad, sea cual sea las características de este proceso (siendo conscientes de las particularidades) es necesario que padres y madres conozcan las características del desarrollo evolutivo de su prole en cada momento y ajuste su forma de actuar a las necesidades que las vinculan.

Una persona menor de edad sana es aquella que tiene cubierta de la mejor manera posible sus necesidades. Para ahondar un poco más sobre los aspectos de la crianza que los y las progenitores tienen que conocer a la hora de afrontar el cuidado de sus hijos e hijas, se revisará la "Taxonomía de necesidades básicas en la infancia y la adolescencia" desarrollada por Molina Facio y Martínez Bermúdez (2016, p. 109) que a su vez se basan en López Sánchez (1995) y guías de actuación en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad de Cantabria y el Ayuntamiento de Madrid.

El primer grupo engloba las necesidades físicas, básicas y aparentemente fáciles de cubrir: “Alimentación”, “Temperatura”, “Higiene”, “Salud”, “Sueño” y “Actividad física: ejercicio y juego” (Molina Facio y Martínez Bermúdez 2016, p. 109). En este sentido los niveles de aculturación de cada familia marcarán la convivencia entre los hábitos del país de origen y los del receptor. El nivel de desafío podrá ser mayor, de manera contrapuesta, entre hijos e hijas que han nacido en el país de origen y quienes se incorporan en un proceso de reunificación.

A continuación, se describen las necesidades de seguridad:

> *“Protección ante condiciones del entorno que suponen un riesgo para la integridad física del niño, niña o adolescente”*
>
> *“Protección ante otras personas adultas o menores de edad que le hacen o pueden hacerle daño”*
>
> *“Protección ante el daño que el niño, niña o adolescente puede hacerse a sí mismo”*
>
> *(Molina Facio y Martínez Bermúdez, 2016, p. 109)*

Con relación a las necesidades de seguridad emocional, se subdividen en varias categorías:

> *“Disposición de relaciones seguras, estables y afectivas con personas adultas significativas”*
>
> Como se ha dicho de forma reiterada en el presente capítulo, las relaciones de apego son fundamentales para una adecuada crianza. El mayor reto para quienes reciben a sus hijos e hijas tras un proceso de reunificación es restablecer este vínculo, sin entrar en conflicto con las figuras de referencia que han ejercido este rol mientras la persona menor de edad ha permanecido en el país de origen. El reto radica, como se ha comentado anteriormente, en poder dedicarles tiempo de calidad.
>
> Ser padres y madres en muchas ocasiones implica de forma velada olvidarse de que se es persona con necesidades e inquietudes propias, ser migrante con hijos e hijas multiplica exponencialmente las necesidades del autocuidado para poder ofrecer el mejor cuidado a las personas menores de edad a cargo.
>
> *“Sensibilidad y responsividad a las necesidades del niño, niña o adolescente”*
>
> Capacidad de escucha y de entender al otro, algo clave para entender las demandas rupturistas que pueden tener hijos e hijas que han nacido en el país de origen y los reproches de quienes llegan tras un largo período de separación.
>
> *“Contacto físico apropiado”*
>
> *“Recepción de afecto y refuerzo positivo”*
>
> Nadie nos enseña a ser madres y padres y el refuerzo positivo no entra dentro de los consejos básicos que suelen darse a priori. El proceso migratorio conlleva muchísimos cuestionamientos, dudas, sentimientos de traición y ruptura de lealtades que deben contrarrestarse con el reconocimiento de los logros y las cosas bien hechas.

> *"Continuidad en las relaciones con familiares y otras personas adultas significativas"*
>
> Tener una red de apoyo familiar facilita la crianza y el establecimiento de referentes en niños, niñas y adolescentes. La tecnología ha permitido dar continuidad al contacto con la familia en el país de origen, encontrar apoyos en esta comunicación es clave para minimizar los efectos de la reunificación familiar.
>
> *"Participación y autonomía progresivas"*
>
> *"Respeto al proceso de desarrollo psicosexual"*
>
> *"Protección de riesgos imaginarios"*
>
> *"Disposición de ayuda para la resolución de problemas o síntomas de malestar emocional"*
>
> *(Molina Facio y Martínez Bermúdez 2016, p. 109)*

Molina Facio y Martínez Bermúdez (2016) nombran además necesidades sociales que cobran relevancia con la edad de la persona menor de edad y son determinantes en la primera infancia.

> *"Disposición de orientación y límites a la conducta"*
>
> Según Tapia Ladino y Gonzálvez Torralbo (2013), "ninguna de las estrategias utilizadas permitió a estas mujeres insertarse en relaciones de equidad e igualdad de género o producir rupturas importantes en las relaciones y prácticas de género en las que socializaron a sus hijos e hijas" (p. 338).
>
> *"Aprendizaje de control de las emociones y conductas apropiadas para la participación social y el establecimiento de relaciones adecuadas con otras personas"*
>
> *"Red de relaciones sociales"*
>
> *"Interacción lúdica"*
>
> *(Molina Facio y Martínez Bermúdez, 2016, p. 109)*

Estas dos últimas están muy vinculadas entre sí, los y las progenitores entran en conflicto en ocasiones por las diferencias existentes entre la cultura del país de origen y el receptor.

Para finalizar, pero no menos importantes, Molina Facio y Martínez Bermúdez (2016) describen las necesidades cognitivas cuya privación marcarán de forma determinante la salud mental de la infancia. En muchas ocasiones, no son consideradas esenciales por la familia (comida, vestido, salud física) generando situaciones de negligencia en los cuidados. Estas necesidades son:

> *"Estimulación sensorial: Disposición de experiencias de exploración y aprendizaje"*
>
> *"Adquisición de conocimientos y habilidades a través de un proceso formativo organizado (escuela u otro homologado)"*

> *"Exploración física y social"*
> *"Comprensión de la realidad física y social "*
> *(Molina Facio y Martínez Bermúdez, 2016, p. 109)*

Vivimos en una transición constante donde las variables que van incidiendo en nuestro bienestar cambian e impactan a un ritmo vertiginoso. Ejercer la paternidad desde la experiencia migratoria eleva un grado más las habilidades y capacidades que se necesitan para dotar a sus hijos e hijas de los recursos que necesitan para crecer sanos y sanas. Facilitar este camino es una responsabilidad compartida que las sociedades receptoras de personas migrantes debemos asumir con premura y eficiencia.

Propuestas de trabajo preventivo

José Miguel Rodríguez Ferrer y Ana Manzano León

Trabajo con familias migrantes

Desde el ámbito educativo es posible trabajar con las familias para crear entornos que favorezcan el bienestar de sus integrantes e investigación reciente demuestra el gran interés que esto ha suscitado en la investigación (Cernadas Ríos et al., 2021). Este trabajo debe de ser integrador facilitando la participación de cuantos miembros sea posible. Para realizar un trabajo significativo y eficaz será necesario tener en cuenta un enfoque interdisciplinar y antropológico con una visión holística.

Trabajar con toda la familia está justificado ya que esta provee a las personas que la integran valores y normas de convivencia básicas que afectan a cómo sus miembros van a socializar. Este conjunto de valores adquiridos aplica sobre cada uno de sus miembros marcos de actuación tanto en la vida privada como en la sociedad. Es por ello que fomentar valores positivos desde los centros educativos entre sus miembros resulta fundamental para la adaptación, integración y bienestar psicosocial de todos sus integrantes (Bustamante Lecca y Taboada Marin, 2022).

Tener un enfoque antropológico en la intervención implica reconocer la diversidad cultural de las familias migrantes. Esto implica comprender, reconocer y respetar sus creencias, valores, prácticas y forma de vida única, siempre y cuando se respeten los derechos humanos, la integridad física y moral de las personas y su autonomía. Resulta imprescindible tener esto en mente siempre que se trabaje con personas que tienen una cultura distinta a la nuestra, ya que los prejuicios y estereotipos presentes puede hacer crear juicios rápidos que fomentan la desconexión de la familia con la intervención.

La socialización y tener entornos sociales saludables resulta fundamental para el buen desarrollo psicoemocional de las personas además de ser un factor de protección frente a posibles problemas en la edad adulta. Para las personas migrantes encontrar su espacio social puede resultar difícil, por ello desde el centro se debe fomentar la integración ya que esta no surge de manera espontánea. Para que se produzca será necesario trabajar dentro del centro con las familias autóctonas y alóctonas permitiendo la convivencia en igualdad.

Trabajo en el ámbito educativo. Ejemplo de Programa de Educación para la diversidad en el ámbito escolar

La diversidad cultural en el aula ofrece una valiosa oportunidad para el enriquecimiento mutuo y el aprendizaje intercultural. Sin embargo, el alumnado migrante cuya lengua materna no coincide con la del país de acogida suele enfrentarse a barreras comunicativas y emocionales que dificultan su plena participación en el entorno educativo.

La barrera lingüística merma su capacidad para comunicarse eficazmente con sus iguales y profesores, así como para comprender instrucciones y contenidos académicos (Verhoeven et al., 2018). Además, puede provocar menores relaciones sociales de las personas estudiantes migrantes (León del Barco et al., 2007). La incapacidad para comunicarse con fluidez puede dificultar su interacción y limitar su participación en actividades extraescolares, lo que provoca sentimientos de exclusión. Esto puede perjudicar su bienestar emocional, su autoestima y su proceso de adaptación sociocultural (Can et al., 2021).

En concreto, para las personas estudiantes extranjeras que llegan a España, el reto lingüístico y académico es especialmente relevante. El español puede ser totalmente nuevo para ellas, lo que requiere un proceso de aprendizaje del idioma. Esta situación puede resultar abrumadora y dificultar su adaptación al entorno educativo (Rodríguez-Izquierdo, 2018). Es importante señalar que cada estudiante tiene su propia historia y experiencias individuales, por lo que los retos pueden variar en cada caso. Sin embargo, en general, las personas estudiantes extranjeras que llegan a España se enfrentan a obstáculos relacionados con el idioma, la adaptación al sistema educativo y la integración social.

Por ello, en este capítulo se presenta el esquema de una propuesta didáctica basada en aprendizaje basado en juego con un enfoque inclusivo para favorecer la consolidación del idioma y la relación entre iguales. El juego es un recurso motivador para el alumnado que facilita la interacción entre el mismo a través de juegos adaptados a las capacidades comunicativas:

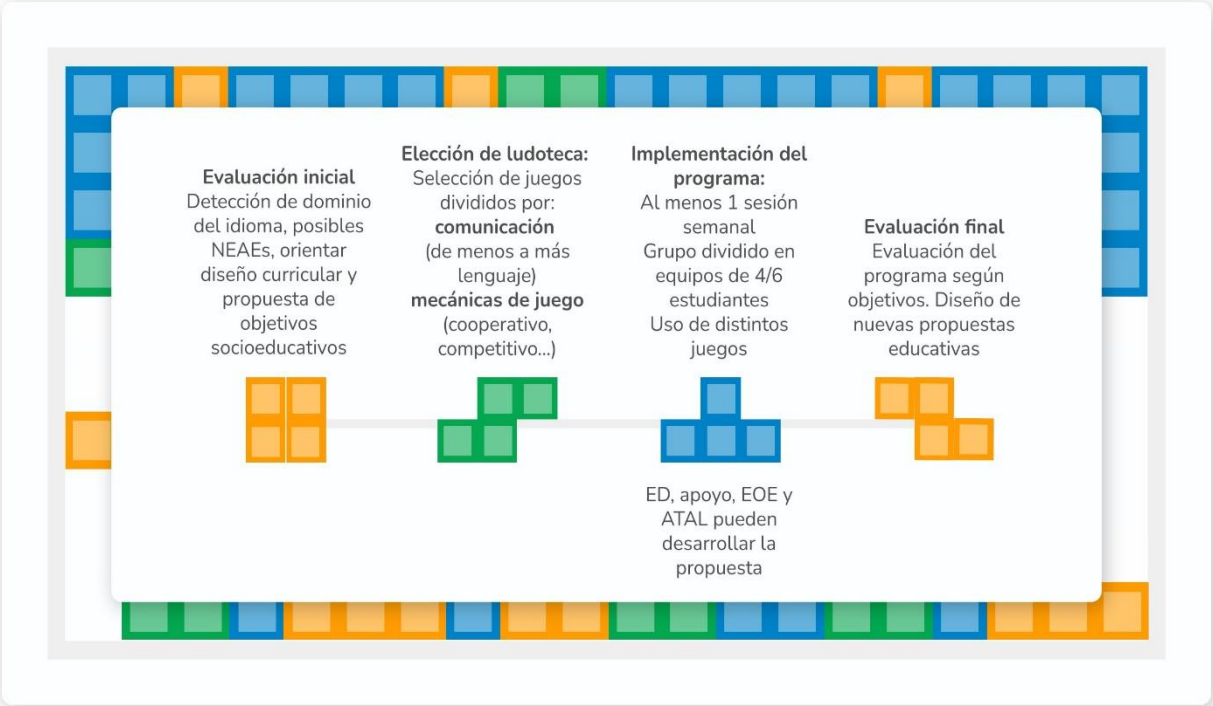


Figura 1. Ejemplo de propuesta didáctica inclusiva con juegos

Nota: ED: Equipo docente; EOE: Equipo de Orientación Educativa; ATAL: Aulas Temporales de Adaptación Lingüística. Fuente: elaboración propia.

Trabajo con otras redes sociales y comunitarias

Finalmente, en este capítulo destacamos la importancia de una intervención holística dentro del trabajo preventivo con el objetivo de favorecer el desarrollo integral de las personas migrantes. La colaboración en red puede ayudar a las personas migrantes a superar barreras y desafíos, facilitar su integración en la sociedad de acogida y mejorar su calidad de vida en el nuevo entorno (Ferrer et al., 2014). Entre los distintos agentes que pueden favorecer estas redes sociales y comunitarias, se puede destacar:

- ONG, asociaciones locales y servicios sociales: desde una perspectiva andaluza, se puede destacar el trabajo de organizaciones no gubernamentales y asociaciones locales especializadas quienes pueden colaborar en el desarrollo vital a través de sus recursos y programas en áreas como educación, empleo, vivienda, recursos psicosociales y asistencia legal. Trabajar en conjunto con entidades locales y servicios sociales permite a las personas migrantes acceder a servicios básicos como asistencia social, subsidios, atención médica y orientación sobre trámites legales o de residencia. Estas instituciones pueden ofrecer recursos para facilitar la integración en la nueva comunidad (da Mata, 2021).

- Espacios culturales: el ocio puede ser un aspecto más invisibilizado, no obstante,

este no se limita simplemente a actividades de entretenimiento, sino que puede jugar un papel crucial en la integración social y en el bienestar emocional de las personas migrantes. Cabe destacar que las actividades culturales, deportivas o recreativas permiten la tolerancia mutua en espacios relajados, sentirse con mayor conexión con el nuevo entorno, expandir intereses y sentirse partícipes en el proceso de integración (Pinto de Almeida, 2019).

- Grupos de apoyo y redes comunitarias: esto habitualmente se produce a través de las asociaciones, pero también gracias a las redes sociales pueden expandirse los grupos de apoyo que pueden conectar a personas migrantes para compartir sus experiencias y desafíos. Estos grupos se perciben como espacios seguros para compartir, aprender de los y las demás y recibir o dar orientación (Millán-Franco et al., 2019).

- Servicios de salud: la colaboración con el sistema sanitario y social es vital para garantizar el acceso a una atención a la salud adecuada, participativa y culturalmente sensible e inclusiva (Aguilar et al., 2020).

El difícil camino emocional hacia la emancipación de las personas jóvenes migrantes extuteladas[27]

Ramón Rodríguez Gómez

Introducción

Este apartado plantea varias cuestiones clave relacionadas con el proceso de emancipación de las personas jóvenes extuteladas, entre ellas cómo se interviene o se debe intervenir ante las dificultades que presenta la emancipación de esta población migrante a nivel emocional, cómo es su difícil tránsito en soledad hacia la emancipación e integración social plena, cómo se cuida su salud mental o cómo se previenen los problemas que puedan presentar y, una vez detectados, cuáles son los pasos correctos para una intervención óptima y de calidad con la persona en el centro de la acción educativa y orientativa.

He desarrollado las siguientes reflexiones partiendo de mi propia experiencia profesional durante más de 26 años en el Sistema de Protección de Menores de Andalucía, en todos los niveles de recursos.

[27] El apartado está basado en la bibliografía referenciada y la propia experiencia profesional.

Situación actual de personas jóvenes extuteladas en Andalucía

Dos son las principales características que definen a grandes rasgos a una persona joven extutelada: una es que necesariamente ha tenido que pasar por uno o algunos recursos de protección de menores, en la actualidad y de forma mayoritaria, centros de protección específicos existentes en Andalucía para la población menor de edad migrante. La segunda característica obvia es que llegó a nuestro país sin referentes familiares, además, una parte importante del trayecto migratorio o todo lo ha hecho solo o sola, sin personas adultas de referencia acompañando y sin un proyecto migratorio claro que además no se corresponde con su edad. Según mi experiencia profesional, a menudo vienen con expectativas erróneas de planes migratorios de personas adultas (no de menores de edad en plena adolescencia o próximos a la mayoría de edad), que no se adaptan a la realidad que se encuentran al llegar a tierras europeas.

Con esas exigencias de individuos adultos y la decisión de migrar, emprenden un trayecto en el que se juegan literalmente la vida en muchas ocasiones como muestran los datos. Por citar un solo ejemplo, según los datos que manejamos en el servicio de Mediación Intercultural para la atención a la población menor migrante del Sistema de Protección de Menores de Andalucía, la mayoría de personas jóvenes migrantes que ingresaron hasta 2023 en el Sistema de Protección de Menores de Andalucía llegaron al país en patera y, en algunas ocasiones, incluso escondidas en los bajos de un camión.

En el periodo de 2017 a 2019 se produce un aumento de los ingresos de niños, niñas y adolescentes (NNA) migrantes no acompañados y acompañadas en el Sistema de Protección de Menores (SPM) de Andalucía (Rodríguez García de Cortázar y Ruiz Benítez, 2023). Destaca sobre el año 2018 en el que, tal y como se refleja en el informe *Maltrato y Protección,* se contabilizaron 7.883 nuevos ingresos en el Sistema de Protección de Menores de la Comunidad Autónoma (Rodríguez García de Cortázar y Ruiz Benítez, 2023, p. 57). Pudimos observar desde los Servicios de Protección de Menores que este fenómeno migratorio produjo un cambio en los perfiles de los niños, niñas y adolescentes que llegaban a Andalucía, que fundamentalmente se puede resumir en que llegaban con más edad (próxima a cumplir los 18 años) y se detectaban situaciones de alta vulnerabilidad en su país de origen (situación de calle…).

El aumento en el número y vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes migrantes atendidos y atendidas por el Sistema de Protección de Menores produjo cambios en algunas intervenciones y actividades: se suma la mejora del conocimiento de sus procesos migratorios desde la Administración, así como desde los centros de protección de menores. Además, se puede nombrar la experiencia adquirida en la intervención, mejorada por los últimos cambios legislativos que afectan a esta población. Me refiero al cambio en positivo que ha supuesto en cuanto a la regularización de NNA migrantes el

Real Decreto 903/2021, de 19 de octubre,[28] en los artículos referidos a menores de edad y jóvenes de nacionalidad extranjera, modificando las medidas necesarias para obtener la regularización de esta población y el acceso al mercado de trabajo en virtud de dicha regularización.

En estos años se produjo un punto de inflexión en la atención. Implicó la puesta en marcha de diferentes recursos específicos para la atención de la población de niños, niñas y adolescentes migrantes, catalogados en Inserción Socio Laboral (ISL), Evaluación y Diagnostico (ED) y Centros de Recepción (RECEP) o atención inmediata, entre otras causas debido a la edad en la que ingresaban, próximos a los 17 años o ya cumplidos, con lo que esto implica para las actuaciones. A pesar del esfuerzo en el aumento y adaptación de la oferta de servicios, con este volumen de ingresos y atenciones, el bienestar emocional, el acompañamiento y la escucha activa se volvieron objetivos complicados de cumplir, había que atender lo inmediato y esto era el trabajo para la regularización, emancipación, vida autónoma, localización de las familias, etc., afectando a la salud mental de esta población menor migrante.

En los últimos años cabe hacer constar que, desde el Servicio de Protección de Menores, hemos detectado un aumento de ingresos en recursos de protección de NNA migrantes con discapacidad y problemas de salud mental de diferente gravedad que se extiende mucho más allá de la mayoría de edad, lo que complica su estancia en los programas destinados a este fin al carecer de recursos que sean capaces de atender a estas necesidades específicas.

Fortalezas y dificultades en el proceso de emancipación

La situación social y de salud mental de personas jóvenes migrantes extuteladas

He de reconocer que las personas jóvenes migrantes a las que he conocido a lo largo de mi trayectoria profesional provocan mi admiración y solidaridad. Personas jóvenes quienes, a pesar de todas las dificultades que se han encontrado desde que iniciaron su tránsito migratorio dejando atrás familia y amistades, continúan adelante con su proyecto personal de vida, logrando cumplir metas que se han impuesto. Escuchar sus experiencias y el esfuerzo que han realizado por conseguir sus objetivos aumenta el conocimiento de su fortaleza. Desgraciadamente no todos los chicos o todas las chicas migrantes pueden afrontar este proceso con garantías para tener una salud física y mental óptimas, provocando situaciones muy complicadas en su vida. Sin ayuda y recursos es difícil salir adelante.

[28] *Real Decreto 903/2021, de 19 de octubre, por el que se modifica el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009, aprobado por el Real Decreto 557/2011, de 20 de abril.*

La falta de actuación inmediata e investigación en estos casos que afectan al bienestar emocional y su salud mental impide precisar si es que estas personas ingresan con problemas de salud mental desde sus países de origen o es, precisamente, el trayecto migratorio y todas las situaciones de riesgo que esto conlleva la que hace que aparezcan estos problemas. Todo esto genera una ansiedad que, según mi propia experiencia profesional, afecta seriamente a su salud, así como otras circunstancias que les obligan a padecer situaciones de extrema vulnerabilidad, todo ello puede desembocar en casos de sin hogarismo grave, teniendo que vivir en la calle sin apenas recursos.

Cobra importancia poner la situación de las personas jóvenes migrantes extuteladas en el contexto más amplio de la situación de la población andaluza en general y, específicamente, de la población joven.

La tasa AROPE indica que, en los últimos años, un alto porcentaje de la población andaluza se encuentra en situación de riesgo de exclusión social. En concreto, 3,27 millones de personas residentes en Andalucía se encuentran en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Es decir, en el año 2021 el 38,7% de la población en Andalucía padecía este riesgo, señalando que esta tasa se incrementó como consecuencia de la crisis de la Covid-19 (Llano Ortíz et al., 2022).

En 2021 el 21,8% de jóvenes de 18 a 24 años no había completado el segundo ciclo de secundaria y no sigue ningún tipo de formación y de educación (Gómez Domínguez, 2022, p. 37). En el caso de NNA migrantes mayores de 16 años que están en centros específicos de protección de menores, no llegan al 1% quienes acceden a la educación secundaria sin pasar por la primaria, puesto que no llegan a Andalucía con la edad que les obliga a estar en la educación reglada (Rodríguez Gómez, 2021). Esto complica su emancipación, ya que el acceso a la vivienda es uno de los mayores problemas actuales en nuestro país, junto con la precariedad de los trabajos a los que pueden acceder, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos no han tenido suficiente tiempo para formarse.

Un estudio previo corrobora que los niveles de ajuste psicosocial de la población tutelada, sin especificar si son migrantes o no, son más bajos que en población general (Galambos et al., 2006), lo cual, sumado a los cambios socioeconómicos, sitúa a estas personas jóvenes en una situación complicada y de especial vulnerabilidad.

En mi experiencia, las personas atendidas en los recursos de protección a nivel social y familiar cuentan con una red de apoyo escasa y, en algunos casos, ausente totalmente. A nivel sociofamiliar han vivido o viven experiencias de maltrato y negligencia, así como una gran inestabilidad durante la etapa en la que debiera sobresaltar la protección y el cuidado. Estas situaciones se asocian con niveles de autoestima y bienestar bajos, y con mayores problemas de salud mental (Troncoso y Verde-Diego, 2022). Si esto lo aplicamos exclusivamente a la población menor migrante, en mi experiencia, se constata que sus recursos y soledad es aún más acuciante que la población nacional en protección.

En este sentido, es comprensible que el nivel de bienestar personal percibido sea inferior al de grupo de menores de edad de población general, detectándose insatisfacción y creencias irracionales en áreas vitales como la familiar, la laboral, la personal o la relacionada con el futuro (Cabellos Vidal, 2016).

Por tanto, se observa cómo el sistema de creencias y las percepciones de esta población, sobre todo la percepción de futuro y seguridad, suelen estar posicionadas en un polo más negativo y catastrofista, lo que puede repercutir en la puesta en marcha de conductas más desadaptativas y en mayores niveles de vulnerabilidad (González Navasa, 2018).

Desde los Servicios de Protección observamos que las situaciones vividas, una vez que llegan a nuestro país, contribuyen a diversos problemas de salud mental que padecen estas personas jóvenes extuteladas y que, en los casos más graves, los llevan al consumo de sustancias tóxicas, con todo lo que implica de necesidad para obtener ingresos –conozco casos documentados que terminan en prisión-. Otro de los riesgos es el de ser captadas por redes de trata con fines de explotación sexual, situación que en la mayoría de los casos se da en las chicas, pero de la que los chicos no están exentos. Y, por último, dentro de esta breve escala de situaciones de gravedad relacionadas con su salud mental, está la de terminar con su propia vida mediante el suicidio, algo que no nos es ajeno por desgracia.

Hay que tener en cuenta que esta suma de factores es muy compleja y poco analizada. Varios aspectos dibujan, entre otras causas, un panorama incierto para su futuro: el sufrimiento y el miedo padecido al emigrar, no solo en su trayecto migratorio, sino en la parte de aventura y riesgo que conlleva esta decisión, la madurez impuesta, la 'fecha de caducidad' que tienen marcada (según la legislación vigente tienen que salir de los recursos de protección de menores al cumplir los 18 años), la falta de escucha por parte de profesionales, el recibimiento de la sociedad: sufriendo rechazo y etiquetas más propias de actitudes xenófobas y racistas, la propia estructura de los recursos y centros del sistema de protección de menores enfocados a la salida del sistema, junto con la realidad en la que encuentran en nuestro país que no cumple con las expectativas que se habían imaginado.

Para intentar comprender este tránsito a la edad adulta de los y las adolescentes migrantes es importante insistir en que estos procesos migratorios obligan a estas personas NNA migrantes a sufrir una madurez impuesta, no acorde al crecimiento habitual de cualquier persona de su edad, entendiendo como habitual aquellas situaciones asumidas en las diferentes etapas evolutivas de las personas. Desde los recursos del Sistema de Protección de Menores, se observa como las personas NNA migrantes que se encuentran en recursos de protección de menores están obligadas a madurar porque tienen 'fecha de caducidad', que viene marcada al cumplir los dieciocho años.

En este punto, quiero recordar por la importancia que tiene en su proceso de construcción de vida autónoma que la madurez impuesta a estas personas, impropia de su edad, las obliga a responder en forma de ayuda económica a sus familias que quedaron en sus países de origen, ya que es una exigencia asociada a su proyecto migratorio. Este proyecto es una responsabilidad adulta, pero que se traslada a personas menores de edad y jóvenes migrantes a modo de inversión desde sus países de origen. No conseguir enviar esa ayuda económica les genera en la mayoría de los casos más frustración aún, al no poder cumplir con este fin ya que la realidad encontrada al llegar a nuestro país no se corresponde con sus expectativas, por lo que se sienten impotentes, inútiles e incapaces de poder seguir con su proyecto de vida, sobre todo en los chicos migrantes.

Según he podido observar en mi práctica profesional, dentro de esta población joven migrante extutelada, solo las personas más fuertes mentalmente logran salir adelante, aquellas personas que están motivadas y con las que se ha intervenido enfocando la acción a la escucha activa, la responsabilidad personal, y la toma de conciencia de su situación personal y social unido a contar con los recursos adecuados en su mayoría de edad y con una orientación profesional que les permita construir su proyecto personal de vida. Aun así, no siempre esta receta finaliza con éxito, hay factores como el miedo al fracaso, el no poder con la presión diaria a la que las personas jóvenes se ven sometidas, bien por la situación precaria de su trabajo, por el coste actual de la vida con alquileres cada vez más caros, por sus propios deseos y anhelos, por no poder ayudar económicamente a su familia, o bien la tristeza que en ocasiones les inundan, que interactúan con la complejidad de sus vidas. Todos estos factores nos demuestran que es mucho aún el trabajo que queda por hacer en el campo del bienestar mental de estas personas, que necesitan ser escuchadas y que se atiendan sus problemas.

He podido constatar que las personas jóvenes a menudo sienten que su migración no ha servido para nada, si a esto sumamos todos los demás factores y características, el resultado es desolador. Sin la ayuda profesional adecuada, sin el seguimiento y orientación, sin el acompañamiento y el fortalecimiento del apego, sin llegar a tener referentes que no sean sus propios iguales, sin encontrar respuestas en la sociedad, llámese administración y sus recursos o las propias ONG que se dedican a paliar estas situaciones, esta población está en una situación de riesgo. Me encuentro con personas jóvenes que tienen un sentimiento de soledad creciente, que no son capaces de encontrar soluciones por sí mismas, lo que las hace desembocar bien en el suicidio como punto final, o en el consumo de sustancias tóxicas que les permitan evadirse, o les lleva a mantener comportamientos desadaptados que agravan su extrema vulnerabilidad, afectando a su salud mental y deteriorando su percepción de la realidad, algo que es complejo de afrontar por parte de los y las profesionales que intervienen con ellas.

El vivir sin hogar, las dificultades para la emancipación, así como sentirse personas marginadas y rechazadas, les exige una fortaleza mental que, a veces, no pueden

encontrar por sí mismas sin ayuda profesional. Desgraciadamente en mi trayectoria profesional y personal me he encontrado con estas situaciones límites en NNA y personas jóvenes extuteladas. He tenido que afrontar diferentes casos de suicidios consumados de esta población joven migrante extutelada e intentos de estos. Sus razones han sido prácticamente el cúmulo de características que vengo indicando. Estas circunstancias provocan en los y las profesionales un dolor y frustración a nivel personal, que también tiene que ser valorada, estudiada y tratada.

La situación social y de salud mental de mujeres jóvenes migrantes tuteladas y extuteladas

Continuando con el difícil camino para la emancipación, cabe hablar específicamente de las niñas, adolescentes y jóvenes mujeres migrantes. Este perfil, ya por el hecho de ser mujer, suele predisponer a una situación de exclusión social en estos grupos, que puede ser aprovechada por mafias expertas en redes de prostitución y trata de personas con fines de explotación sexual, así como para la mendicidad forzada, con el consiguiente deterioro físico y mental. Y, como indican Troncoso y Verde-Diego (2022), aunque aparecen mayores índices de empleabilidad en las jóvenes tuteladas con respecto a los chicos, esta población tiene que hacer frente a escenarios como la prostitución o los embarazos forzosos, lo que lleva a que acepten trabajos de baja remuneración y poca cualificación (Fernández del Valle et al., 2003; Martín Cabrera, 2015). En su caso, el problema de la prostitución podría ser un factor importante que, a su vez, está relacionado con la exposición a otras conductas perjudiciales como son actos delictivos o consumo de tóxicos (Martín Cabrera et al., 2020).

El sufrimiento psicológico en las chicas tuteladas es mucho más acentuado que en los chicos, apreciándose también más comportamientos autolíticos, menor confianza en sí mismas y una influencia de los roles de género en sus comportamientos y área emocional (Gullo et al., 2023) que es importante considerar para comprender su contexto vital.

En general, para la población de menores de edad migrantes sin personas adultas de referencia, que se encuentran sola al llegar, factores como la ausencia de recursos económicos, sociales o habitacionales, el bajo nivel formativo y el abandono precoz de los estudios reglados dificultan el acceso, con éxito y garantías, a un trabajo digno, por lo que se aprecia un alto grado de dependencia hacia los recursos de ayuda y una inseguridad vital general (Llosada-Gistau et al., 2015).

Pero qué ocurre en este camino de vida cuando hay circunstancias que lo obstaculizan solo por ser mujeres, con problemas de violencia de género, agresiones físicas y victimización por tráfico de trata. Si la soledad y falta de referentes positivos ya son problemas en sí mismos, para una niña, adolescente o joven extutelada que ha sufrido quiebra y agresiones en su trayecto migratorio por culpa de las mafias de la trata o violencia de género por los varones e iguales en su trayecto migratorio, estas circunstancias se convierten en conductas muy graves hacia ellas, que las pueden dañar emocional y físicamente. Este daño le señala una salida muy complicada a su situación y

en la que necesitan respuestas y soluciones que no solo se basen en tener recursos habitacionales disponibles que cubran sus necesidades básicas, sino también una atención a sus necesidades emocionales o su salud mental. Se necesitan profesionales con formación, motivación y recursos que atiendan integralmente, soluciones que les permitan salir del mundo de violencia de género y de trata, necesitan tiempo y, sobre todo, poder reparar aquello que les ha hecho daño en sus vidas, problemas, experiencias y vivencias que tienen enquistadas en su mente.

Recursos actualmente disponibles en el contexto andaluz

Mi trayectoria profesional en la Administración, concretamente en el Sistema de Protección de Menores de la Junta de Andalucía, ha estado ligada desde el inicio a la atención tanto de personas menores migrantes sin personas adultas de referencia, como la de personas que, una vez cumplida la mayoría de edad, quedan en situación de extuteladas y pasan a ingresar en los recursos dispuestos para la misma. Tuve la suerte, en el año 1997, junto con otro grupo de profesionales, de participar en el primer programa piloto que disponía de recursos de Alta Intensidad en Andalucía para personas jóvenes extuteladas. Los recursos de Alta Intensidad están compuestos por una red de viviendas en toda Andalucía que cubren las necesidades básicas de esta población joven extutelada que accede a los mismos. Actualmente se cuenta con algunas plazas en recursos para jóvenes nacionales o migrantes y también con plazas específicas para jóvenes migrantes que, por mayoría de edad, ya no cuentan con la tutela de la Administración. Sin embargo, en mi opinión, estos recursos son escasos para atender la situación de estas personas jóvenes que, al perder el apoyo de los programas de protección sin apoyos familiares y sin haber alcanzado un grado suficiente de autonomía, se convierten en personas con un perfil de alta vulnerabilidad social.

Esos inicios complicados se comparten con el programa de Media Intensidad consistente en Centros de Día. Fue la génesis del mapa de plazas actual, de la intervención que se realiza y de lo que actualmente conocemos como Programas para la Atención e Integración Laboral y Social (PAILS), recursos de mayoría tanto de Alta Intensidad (viviendas), como de Media Intensidad (centros de día), a los que se suman los Centros de Orientación de Inserción Laboral y Social (COILS) que atienden a menores de edad a partir de los 16 años y son centros de protección de menores, además de los Centros de Inserción Social y Laboral (ISL) específicos para la población menor migrante mayor de 16 años (Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, 2024).

Todos los recursos descritos se consideran consolidados y se completan con otros programas especializados para la mayoría de edad, como por ejemplo los recursos de Alta Intensidad para personas jóvenes extuteladas víctimas de violencia de género o de trata o recursos especializados para personas extuteladas que tienen alguna discapacidad. Existen otras especializaciones enfocadas al empleo y la emancipación para

la vida autónoma (Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, 2024). Toda esta red nos indica que no se ha estado estático, sobre todo en los últimos años y que estos recursos han crecido en plazas e intervenciones, pero todas las cuestiones nombradas siguen estando pendientes de soluciones de trabajo en equipo y no de acciones individuales de trabajo. Se requiere compartir experiencias, buenas prácticas y puestas en común de necesidades, soluciones y análisis de la situación actual.

Dentro de estos recursos especializados se ubica el *Programa de Intervención Psicoterapéutica para Menores del Sistema de Protección de Andalucía,* que, si bien se describe en su nomenclatura, también atiende a personas jóvenes extuteladas, siendo este un recurso específico para tratar los problemas más graves derivados de la salud mental. El objetivo del Programa es proveer de un diagnóstico de salud mental y una atención psicoterapéutica (IMERIS, 2024; Junta de Andalucía, Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud, 2024).

Este objetivo se puede enmarcar dentro de las soluciones propuestas en virtud de los perfiles y circunstancias descritas en este difícil tránsito a la edad adulta. Si bien no puede abarcar a todos los casos, problemas y necesidades que se plantean en el colectivo de personas jóvenes extuteladas migrantes, según mi propia experiencia profesional sí es un recurso válido para los casos graves que requieran de dicha intervención, aunque luego los recursos disponibles a nivel profesional y de formación no llegan a completar las necesidades planteadas por esta población.

Con relación a la situación de mujeres jóvenes migrantes extuteladas, los recursos que actualmente dispone el Sistema de Protección de Menores de la Junta de Andalucía, se cuenta con una red de pisos destinados a la atención de chicas extuteladas posibles víctimas de violencia de género o de trata con fines de explotación sexual. Según he podido observar, la mayoría de las usuarias son migrantes y algunas son madres lo que hace más difícil su proceso de emancipación.

En los recursos que hay disponibles en el Sistema de Protección para estos perfiles, se atienden también a sus bebés y se intentan que tengan ese tiempo tan necesario para sus vidas, se intenta romper con esa 'fecha de caducidad' y prolongar en el tiempo su atención hasta que sean capaces de volver a crecer como personas, no siempre se logra, en ocasiones cuando el trabajo está hecho, algo se tuerce en estas jóvenes y, simplemente se van 'con una amiga a otra ciudad, en otra Comunidad Autónoma, que les ha ofrecido un trabajo...' dejando o llevando a sus hijos o hijas con ellas. Qué situaciones provocan estos hechos es algo que tiene que analizarse, así como la metodología empleada, los recursos disponibles y las acciones emprendidas, esto es fundamental para prevenir los problemas.

Dificultades, claves y recomendaciones en el proceso de acompañamiento

Según mi propia experiencia profesional, el conjunto de experiencias traumáticas y de

desprotección influyen en la aparición y aumento de problemas emocionales, conductuales y de salud mental que afectan directamente a la salud psicológica y física de las personas menores de edad atendidas en los centros de protección. Circunstancias que pueden desembocar en situaciones complicadas y de conflicto en los recursos de protección, por lo que se termina demandando una atención especializada y más apoyo para los y las profesionales de los centros. Por esta razón, el bienestar mental también tiene que estar presente en los y las profesionales de la atención de esta población. El problema es que, con una edad próxima a cumplir la mayoría de edad, en diferentes casos aún requieren de una intervención especializada, lo que vuelve a resaltar el hecho de la falta de recursos especializados para estos tramos de edad.

La emancipación implica en un sentido muy amplio y con carácter general liberarse de la patria potestad, sentirse libre de cualquier clase de subordinación y dependencia. Si aplicamos a la emancipación juvenil este concepto, hace referencia a la autonomía personal y a la capacidad de tomar sus propias decisiones. En este sentido, NNA migrantes, desde el momento que asumen su migración e inician el trayecto, se sienten emancipados o emancipadas. Este es uno de los motivos por el que el trabajo en los recursos de protección puede llegar a ser tan complicado, a la adolescencia de estas personas menores de edad migrantes, les suma su capacidad de haber tomado sus propias decisiones, sintiéndose libres. Uno de los objetivos de los y las profesionales de los recursos de protección, incluso de los recursos de mayoría de edad, es el de trabajar para que asuman la realidad donde se encuentran, que es lo que significa ser menor de edad en nuestro país, la necesidad de aprender el idioma, de formarse, de que las otras personas iguales no son su referentes a la hora de abandonar los centros de protección siendo menores de edad y en las así llamadas 'fugas' (aquí se puede destacar la alta movilidad que presentan). Es decir, estas personas jóvenes extuteladas migrantes asumen decisiones autónomas, aunque hablamos desde los programas de emancipación en un sentido de integración y de ser capaces de vivir de sus ingresos económicos, el apartado de toma de decisiones que estén relacionadas con un proyecto de vida no se corresponde con la emancipación real, complicando su bienestar emocional.

En la sociedad en general, los procesos de emancipación de las personas jóvenes es todo un acontecimiento social, ya que afecta a todos los ámbitos de la vida de estas personas, pero no es un bloque único que desemboque en dicha emancipación, tampoco se consiguen todas las fases al mismo tiempo, todo lo contrario, es un proceso de aprendizaje que se ve acompañado y reforzado por las familias. El vivir de forma autónoma y con independencia económica implica obtener una vivienda para poder llevar a la práctica dicha independencia, el acceso al mercado de trabajo que permite esa independencia y mantenerse en el mismo. Requiere también de una formación que, en muchos casos, es continua y para lo que se sigue necesitando apoyo y referentes. Es importante señalar que en la sociedad actual cada vez es más difícil la emancipación, en su concepción más amplia, por lo que a las personas jóvenes extuteladas sin referentes

familiares esta situación se complica teniendo en cuenta la falta de recursos para solucionar sus situaciones, a nivel emocional, mental y físico.

Conviene aclarar en el ámbito de la mayoría de edad, con referencia a las personas jóvenes que cumplen 18 años estando atendidas en centros de protección de menores, que en nuestro trabajo el bienestar emocional suele estar vinculado al éxito personal y este al acceso a un trabajo estable, con el que se trata de conseguir los ingresos necesarios para afrontar sus vidas autónomas.

Por este motivo, trabajar las actitudes y valores de las personas jóvenes en riesgo de exclusión, más aún en una población de personas jóvenes extuteladas y extuteladas migrantes, son fundamentales a la hora de afrontar estrategias y situaciones personales que les permitan posibilitar dicho bienestar. Camarero Rioja et al. (2022) nos indican con relación al bienestar emocional y los jóvenes en riesgo de exclusión que:

> *La sensación de 'culpabilidad' o el 'no sentirse útil a la sociedad' se lo atribuyen de forma personal. Sin embargo, las condiciones estructurales del mercado laboral (como muestran los índices de trabajo precarizado (temporalidad, parcialidad, etc.) se ceba especialmente con las personas más débiles, en este caso, con las y los jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.*
>
> *(Camarero Rioja et al., 2022, p. 112)*

Si bien se refiere a la población joven andaluza, en cierta medida, esta afirmación refrenda la situación presentada, que afecta a perfiles de jóvenes migrantes, la sociedad, su familia y su país de origen. Se observa un sentimiento de culpabilidad que se aferra a sus pensamientos y forma de vivir, limitando sus opciones de éxito, más aún cuando no cuentan con el acompañamiento adecuado, los recursos familiares en nuestro país y ninguna posibilidad de obtenerlos. Casos como estos nos llegan todos los días, personas jóvenes extuteladas migrantes que reclaman recursos y que viven en situación de calle o recurriendo a albergues para personas sin hogar, jóvenes con una salud precaria, que requieren cuidados médicos y, sobre todo, tiempo para reparar el daño emocional y mental.

Desde los recursos del Sistema de Protección de Menores se trabaja a contrarreloj en muchas ocasiones, ya que cuando estas personas llegan a la mayoría de edad, la presión de los objetivos de inserción y emancipación a los que se someten las personas jóvenes migrantes, así como a los y las profesionales de los recursos, precipitan ese trabajo en la búsqueda de resultados. En numerosas ocasiones no ha habido tiempo material para conocer a estas personas jóvenes en un plano individual, sus razones migratorias, sus familias y cuál es su situación en el país de origen. Solo ha dado tiempo a escuchar de forma activa y no siempre. Dificultades como la barrera idiomática, el error en el planteamiento migratorio, la búsqueda de trabajo inmediato son aspectos en los que se necesita tiempo del que no se dispone, para que las personas jóvenes migrantes se

sientan acompañadas en el proceso hacia la construcción de un proyecto de vida. Por esta razón es tan importante la formación, contar con recursos, la escucha activa, el acompañamiento y evitar la soledad no deseada de esta población.

En este contexto se puede afirmar que, si ya es grave que una persona menor de edad emigre sola, lo es más aún que no tenga referentes en nuestro país una vez que cumplen los 18 años, o que sus referentes sean otros compañeros o compañeras en su misma situación. Según Ramos Espejo et al. (2019) estos referentes se han convertido en una necesidad fundamental.

> *[E]stamos dejando descolgada la necesidad de acompañamiento y seguimiento que tienen los/as jóvenes: referentes, personas que les acompañen en su vida autónoma, personas a las que puedan acudir cuando tenga dudas y problemas o cuando quieran expresar lo bien que les va en la vida o en el trabajo, por ejemplo. En muchos casos, esta figura se da de forma natural y suelen ser los/as educadores/as que han tenido en los centros de menores o en los recursos de extutelados/as; en otros casos tienen que buscar esa figura en otros espacios, encontrándola frecuentemente en otros/as jóvenes mayores que han pasado por su misma situación.*
>
> *(Ramos Espejo et. al., 2019, p. 96)*

El texto anterior hace referencia a la importancia que adquiere su grupo de iguales, jóvenes migrantes que están en programas para la mayoría de edad tras la tutela o que ya han salido de estos programas, para convertirse en referentes positivos de ese acompañamiento. Pero es una solución realmente complicada si estas personas menores de edad migrantes o jóvenes extuteladas no han recibido la orientación adecuada. Se ha descargado en otras personas jóvenes extuteladas en su misma situación la necesidad de actuar como referentes y 'orientadores', convirtiéndose así en un círculo difícil de romper si el objetivo es una inclusión social y un proyecto sano mentalmente, enfocado a su bienestar personal.

En mi opinión, es fundamental una escucha activa e intervención directa por parte de los y las profesionales para solventar estas situaciones. No quiero afirmar aquí que el estar con su grupo de iguales sea algo negativo, sino que, para obtener resultados positivos y una estabilización de sus vidas, incluyendo la salud mental, se requiere el trabajo en equipo de todas las personas implicadas en el proceso: profesionales, responsables de empresas, administraciones y sociedad en general.

Puede ser que profesionales de ONG y entidades con responsabilidad en recursos de mayoría de edad para personas jóvenes extuteladas migrantes piensen que en su entorno laboral no se dan estas circunstancias, ya que se acompaña a la persona joven hasta su inserción. Desde mi experiencia diaria de contacto con todos los recursos y situaciones complejas a nivel de Andalucía, se me presentan los problemas que padecen esta población y se reclaman soluciones, con la característica de que un número

importante de estos casos son derivados de inserciones exitosas que, al poco tiempo, se han quedado sin trabajo y abocados a vivir en situaciones de extrema vulnerabilidad, sin vivienda… Se está trabajando para plantear soluciones, aunque este es un proceso lento.

A las personas jóvenes se les pide que ahorren cuando están en los recursos de mayoría, es uno de los múltiples objetivos, que sean capaces de pensar en su futuro a medio plazo, que no envíen dinero a su familia porque lo necesitarán, que sean prudentes en estos casos, además se les orientan para que sean conscientes y responsables, que respeten las normas de los recursos, que proyecten un camino en su vida enfocado a su plena inclusión, y todo con 18 años recién cumplidos. Según mi propia experiencia un número importante lo consigue, pero es tan frágil el hilo que les mantiene en este camino, que una mínima rotura de este hace que fracasen y lo perciban como un fracaso personal, este nivel de exigencia les genera bastante ansiedad y miedo al futuro.

La realidad es que, desde que se toma a la persona joven migrante como principio de intervención, con el objetivo de garantizar sus derechos y establecer objetivos claros de intervención para conseguir su inclusión social, por norma general ni desde la Administración, ni desde las entidades, se ha detenido en la salud mental y bienestar emocional de estas personas, salvo que sean ya casos extremos. En este caso la realidad que se detecta es la falta de recursos existentes y la poca formación para entender que ocurre con estos perfiles de jóvenes migrantes, así como para aportar soluciones.

Al margen de la lógica preocupación por la necesidad de contar con recursos capaces de responder a las necesidades detectadas en el plano de la salud mental, así como explorar la búsqueda de soluciones para las personas jóvenes extuteladas migrantes, la presión diaria en estos recursos se ha centrado en la emancipación, así como en la salida de los centros de protección de menores de edad persiguiendo el objetivo de la autonomía. Una gran parte de esta presión viene justificada por la soledad de estas personas en nuestro país. Las dificultades personales y sociales para garantizar su vida autónoma son factores que, entre otros, inciden negativamente en la salud mental de esta juventud extutelada. Ni siquiera los programas para la mayoría de edad ofrecen soluciones acordes al deterioro mental, la ansiedad y la presión a la que se ven sometidas desde que cumplen 18 años.

Crear un sistema que sea capaz de dar respuesta a esta población sin referentes familiares, migrante y que está sola es el gran reto. La persona joven migrante extutelada es el centro de las acciones, para construir esa red a su alrededor, una red compuesta por agentes sociales y representantes de todos los ámbitos y sectores, más que nunca se requiere trabajo en equipo.

Es cierto que hay comportamientos complicados, fruto de estos problemas mentales y que derivan en conductas desadaptadas o disruptivas, en casos leves, mientras que los más graves necesitan soluciones de medicación, tratamiento específico e intervención psiquiátrica, que requieren de recursos de los que estas personas jóvenes extuteladas migrantes no disponen.

Se necesita cooperación entre todos los recursos, trabajar con un objetivo común, que los obstáculos sean detectados y se sepan aplicar las soluciones para esto hace falta formación muy especializada. Que cuando ese hilo se rompa sepan que tienen una 'familia', un apoyo basado en la profesionalidad, el respeto y el apego, que trabaja por aplicar las soluciones. Considero que esto es una inversión de futuro y evita conflictos sociales.

Conclusiones

A modo de conclusión, la migración de personas menores de edad es un proceso amplio con múltiples aristas. Se ha intentado mostrar un panorama general de las dificultades que conlleva la emancipación siendo menor de edad migrante sin personas adultas de referencia que alcanzan la mayoría de edad dentro de los recursos del Sistema de Protección de Menores de Andalucía, de la complejidad de este camino y de cómo la sociedad actual no favorece a la población de jóvenes en riesgo de exclusión dicha emancipación, mucho menos si hablamos de personas jóvenes migrantes extuteladas, chicos y chicas muy vulnerables.

Este apartado se titula *El difícil camino emocional hacia la emancipación de las personas jóvenes migrantes extuteladas,* por lo que, hablando de la población específica de NNA migrantes sin personas adultas de referencia atendida actualmente en los recursos del Sistema de Protección de Andalucía, la situación se vuelve más compleja si se tiene en cuenta la especificidad de sus intervenciones. Según mi propia experiencia profesional, esta población tiene que lidiar con problemas relacionados con su situación administrativa en nuestro país, además de dificultades en su país de procedencia, al tener que recabar la documentación necesaria para regularizarse. Pese a la nueva reglamentación de extranjería, las dificultades siguen estando ahí y sin ayuda o acompañamiento profesional es complicado ya que tienen que lidiar con la frustración y el malestar psicológico asociado a su proyecto migratorio. NNA afrontan el problema del desconocimiento del idioma o las dificultades en el proceso de integración sociolaboral. Además, se observa la influencia no siempre positiva de sus iguales, llevando a situaciones de fugas de los centros de protección o de abandono de los recursos de mayoría de edad, sin tener una meta clara. Estas situaciones pueden afectar su bienestar emocional, salud física y mental, así como a su proyecto de vida.

Se ha indicado que cada vez, en un número creciente se están detectando diferentes problemas relacionados con el bienestar emocional que desembocan en dificultades más graves de salud mental, en ocasiones con resultados cuyo fin es el suicidio de estas personas jóvenes. La solución a estas situaciones no es fácil, pero es necesario que se implementen y pongan en marcha recursos de apoyo. Las personas jóvenes migrantes no son ajenas a los problemas de la sociedad actual, es fundamental que se apliquen medidas que garanticen el acompañamiento en todos los procesos y que terminen con la sensación de soledad no deseada.

El sistema tiene que estar preparado para dar respuesta a la salud mental y al bienestar emocional de esta población, tienen que asumir su responsabilidad. Tenemos que implementar medidas de discriminación positiva, que les permitan encontrar soluciones y recursos. Profesionales con motivación y formación para afrontar estos retos, que la sociedad en general entienda que son miembros de nuestra sociedad y todas las acciones son inversiones que se realizan para su futuro que redundaran en el beneficio de toda la sociedad.

Claves y recomendaciones

Amets Suess Schwend

Siguiendo lo desarrollado en los apartados de este capítulo, se puede observar que las personas menores de edad migrantes y en desplazamiento forzado frecuentemente están expuestas a factores estresantes que pueden repercutir negativamente en su bienestar y salud mental. Las niñas y mujeres jóvenes migrantes y en desplazamiento forzado a menudo afrontan situaciones de riesgo específicos. A lo largo del capítulo, se han aportado algunas claves y recomendaciones para atender las necesidades de niños, niñas y adolescentes migrantes y en desplazamiento forzado en el Sistema Sanitario Público, en colaboración con el ámbito educativo y comunitario.

A modo de resumen, se pueden aportar las siguientes claves y recomendaciones:

- **Los determinantes sociales de la salud, entre ellos la edad, el género, la clase social y la discriminación étnico-nacional interactúan entre sí de forma interseccional, en el sentido de factores estresantes que pueden influir negativamente en la salud mental de menores de edad migrantes, tanto antes de la partida, en el trayecto migratorio y en la sociedad receptora. La consideración de determinantes sociales de la salud y factores protectores se puede identificar como un aspecto relevante en una atención sanitaria centrada en las necesidades de personas menores de edad migrantes y en desplazamiento forzado.**
- **Se pueden detectar diferentes estresores y factores de protección según la edad y las características del proceso migratorio, dependiendo de si se trata de menores de edad que han nacido en el país de acogida, han migrado con sus familias o con motivo de reunificación familiar o han migrado en solitario. En la atención sanitaria, se recomienda tener en cuenta estos aspectos de vulnerabilidad y protección. Se propone prestar especial atención a la situación familiar y la vivencia en el ámbito escolar, facilitar a las personas menores de edad acceso a actividades de ocio o apoyo escolar y considerar aspectos culturalmente específicos.**
- **Desde la consideración de la relevancia del apoyo familiar, se identifican factores que pueden dificultar a las familias migrantes la atención a las necesidades físicas, afectivas y cognitivas de sus hijos e hijas. Se resaltan especialmente las necesidades de seguridad, necesidades de apego y necesidades de adquisición de conocimientos. Teniendo en cuenta la situación de sobrecarga que pueden vivir las familias migrantes en el proceso de llegada al país receptor, se recomienda ofrecer desde la atención en salud apoyos a las familias y personas menores de edad para colaborar en el abordaje de sus necesidades.**
- **El ámbito educativo se identifica como un lugar relevante para trabajar con las familias migrantes y sus hijos e hijas. Se proponen estrategias para la adquisición del idioma del país receptor a través del juego en el aula. Además, se destaca la importancia de una colaboración del contexto educativo con los servicios de salud y el ámbito social y comunitario, en colaboración con ONG, asociaciones locales, servicios sociales, espacios culturales, así como grupos de apoyo y redes comunitarias.**
- **El paso a la mayoría de edad y emancipación de la tutela institucional se identifica como un momento especialmente difícil para personas jóvenes migrantes extuteladas, con riesgos específicos según el género. Partiendo del reconocimiento de sus fortalezas y experiencias previas de autonomía, se resalta la importancia de una disponibilidad de recursos, cooperación intersectorial y formación de profesionales para garantizar un acompañamiento social y en salud mental en este proceso de emancipación.**

La Convención sobre los Derechos del Niño (UN, 1989) establece en el Art. 6.2.: "Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño". Siguiendo este principio, la atención a las necesidades específicas de personas menores de edad migrantes y en desplazamiento forzado constituye una responsabilidad compartida de las sociedades receptoras en las que una atención en salud mental respetuosa y centrada en las personas puede tener un rol relevante de apoyo.

Referencias

Abdulhamed, R., Lonka, K., Hietajärvi, L., Ikonen, R. y Klemetti, R. (2022). Anxiety and depression symptoms and their association with discrimination and a lack of social support among first- and second-generation immigrant adolescents. *International Journal of Intercultural Relations, 87*, 193-205. doi: 10.1016/j.ijintrel.2022.03.001

ACNUR, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2018). *Política de ACNUR sobre edad, género y diversidad.* ACNUR.

Aguilar, M., Bleda, J.M. y Centelles, C. (2020). Los inmigrantes en el sistema sanitario español: aspectos participativos y de atención a la salud. *Revista Española de Salud Pública, 93,* e201904016.

Aguirre Baztán, A. (1994). *Estudios de etnopsicología y etnopsiquiatría.* Editorial Boixareu Universitaria Marcombo. ISBN: 84-267-0965-6

Akgül, S., Hüsnü, S., Derman, O., Özmert, E., Bideci, A. y Hasanoglu, E. (2019). Mental health of Syrian refugee adolescents: how far have we come? *The Turkish Journal of Pediatrics, 61*(6), 839-845. doi: 10.24953/turkjped.2019.06.003

Albuja Echeverría, B., Albuja Echeverría, E.X. y Albuja Granja, W.O. (2009). Depresión infantil en hijos de padres migrantes. *Atención Primaria, 41*(5), 288. doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.011

Arnaiz-Sánchez, P. y Chamseddine Habib Allah, M. (2020). Relación entre las familias migrantes y profesorado: Un camino por construir. *REOP - Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 31*(2), 115–131. doi: 10.5944/reop.vol.31.num.2.2020.27989

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia.* Editorial Gedisa.

Brey, E., Gómez, M.V. y Domínguez Pérez, M. (2023). Redes de apoyo y arraigos locales en mujeres de barrios vulnerables de la Comunidad de Madrid. *RES. Revista Española de Sociología, 32*(4), a187. https://doi.org/10.22325/fes/res.2023.187

Bustamante Lecca, I.M. y Taboada Marin, H.M. (2022). Convivencia escolar: una revisión bibliográfica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 6*(1), 1291-1304. doi: 10.37811/cl_rcm.v6i1.1579

Cabellos Vidal, A. (2016). *Trayectoria de vida de mujeres jóvenes ex tuteladas* [Trabajo Fin de Máster]. Universitat de les Illes Balears.

Camarero Rioja, M. (Dir.), Gutiérrez Barbarrusa, V., Gómez Espino, J.M., y Bonilla García, C. (2022). *Trayectorias vitales de la juventud andaluza.* Instituto Andaluz de la Juventud.

Can, A., Poyrazl, S. y Pillay, Y. (2021). Eleven Types of Adjustment Problems and Psychological Well-Being among International Students. *Eurasian Journal of Educational Research, 91,* 1-20. doi: 10.14689/ejer.2021.91.1

Cernadas Ríos, F.X., Lorenzo Moledo, M.D.M. y Santos Rego, M.Á. (2021). La educación intercultural en España (2010-2019). Una revisión de la investigación en revistas científicas. *Publicaciones, 51*(2), 329–371. doi: 10.30827/publicaciones.v51i2.16240

Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS. (2017). *Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual: Anexo al protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Crespo, M.L., Castro, S.C. y Gómez-Gutiérrez, M. (2017). Menores refugiados. Psicopatología y factores relacionados. *Revista de Victimología, 6,* 9-32.

da Mata, E. T. (2021). Municipalismo y políticas migratorias: análisis de actores clave en Andalucía. *Migraciones internacionales, 12,* 24. doi: 10.33679/rmi.v1i1.2170

De la Torre, J., Coll, C., Coloma, M., Martín, J.I., Padrón, E. y González, N.L. (2006). Control de gestación en

inmigrantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 29*(supl. 1), 49-61.

Devakumar, D., Selvarajah, S., Abubakar, I., Kim, S., McKee, M., Sabharwal, N.S., Saini, A., Shannon, G., White, A.I.R. y Tendayi Achiume, E. (2022). Racism, xenophobia, discrimination, and the determination of health. *The Lancet, 400,* 2097-2108. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01972-9

Domingo i Valls, A. y Bayona, J. (2021). Trajectōries migratōries i rendiment escolar als barris de Barcelona. *Documents d'Anālisi Geogrāfica, 67*(1), 73-102. doi: 10.5565/rev/dag.608

Dugas, M. (1995). Los fundamentos metodológicos de la psicopatología del niño y adolescente. El modelo de la psicopatología del desarrollo. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y adolescente. Tomo I* (pp. 107-120). Editorial Universidad de Sevilla ISBN: 84-472-0261-5

Fanjul, G., Gálvez, I. y Zuppiroli, J. (2021). *Crecer sin papeles en España.* Save the Children.

Fernández del Valle, J., Álvarez, E. y Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Journal for the Study of Education and Development. Infancia y Aprendizaje, 26*(2), 235-249. doi: 10.1174/021037003321827803

Fernández-Rasines, P. y Ajenjo Cosp, M. (2022). La implicación del padre en la custodia de los menores tras la ruptura conyugal en contextos migratorios. *Migraciones, 55,* 1-21. doi: /10.14422/mig.2022.010

Ferrer, R., Palacio, J., Hoyos, O. y Madariaga, C. (2014). Proceso de aculturación y adaptación del inmigrante: características individuales y redes sociales. *Psicología desde el Caribe, 31*(3), 557-576. doi: 10.14482/psdc.31.3.4766

Funes Artiaga, J. (1999). Migración y adolescencia. En E. Aja Fernández (Ed.*), La inmigración extranjera en España: Los retos educativos* (pp. 119-144). Fundación La Caixa.

Galambos, N.L., Barker, E.T. y Krahn, H.J. (2006). Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: Seven-year trajectories. *Developmental Psychology, 42*(2), 350-365. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.350

Gallego Llerena, E.M. (2023). *Salud mental en población vulnerabilizada.* Médicos del Mundo.

García Borrego, I. (2007). Jóvenes migrantes y sociedades en tránsito. En A.M. López Sala y L. Cachón Rodríguez (Eds.), *Juventud e Inmigración. Desafíos para la Participación y la Integración* (pp. 158-171). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Gobierno de Canarias.

Gimeno, Ch., Mendoza, K. y Rodríguez-García-de-Cortázar, A. (2024). Niñas y adolescentes que migran solas. Análisis de expedientes de protección. *Papers, 109*(2), 1-26. doi:10.5565/rev/papers.3201

Gómez Domínguez, D. (2022). *Educación. Informe OIA-A 2022.* Junta de Andalucía. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía.

González García, B. (Coord.), García Chasco, G. (Dirección técnica), Delgado Torres, B., Romero Lopo, R., Sánchez Garvía, E. y Sancho Tienza, D. (2008). *Problemática de las adolescentes hijas de inmigrantes en España.* Ministerio de Igualdad, Instituto de la Mujer.

González Navasa, P. (2018). *El acogimiento residencial infantil en Tenerife: perfiles atendidos, programas de intervención y evaluación de resultados* [Tesis Doctoral]. Universidad de la Laguna.

González-Rábago, Y., La Parra, D., Puigpinós-Riera, R. y Pons-Vigués, M., por el Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemología (2021). ¿Cómo medir el estatus migratorio de la población infantil y juvenil? Estudios sobre salud y desigualdades en salud en Europa. *Gaceta Sanitaria, 35*(1), 81–90. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.06.003

González-Rábago, Y. y Martín, U. (2019). Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia? *Gaceta Sanitaria, 33*(2), 156–161. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.10.007

Grigoravicius, M., Bardi, D. y Luzzi, A.M. (2023). Salud

mental en la niñez: género y vulnerabilidad. *Revista de Psicología, 22*(2), 18-34. doi: 10.24215/2422572Xe156

Gullo, F., García-Alba, L., Bravo, A. y Fernández del Valle, J. (2023). The psychosocial adjustment of care leavers in their transition to adult independent living. *International Journal of Social Psychology, 38*(1), 35-65. doi: 10.1080/02134748.2022.2132747

Hoffman, L. (1994). *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas.* Editorial Fondo de Cultura Económica. ISBN: 968-16-2105-0

IMERIS (2024). *Servicio de Intervención Psicoterapéutica Andalucía Oriental.* https://www.imeris.org/sip/

Jiménez-García, J.R. y Jiménez Vicioso, J.R. (2019). Migraciones, estereotipos y rumores: combatiendo la Hidra-xenofobia en Andalucía. *Trabajo Social, 21*(2), 53-79. doi: 10.15446/ts.v21n2.74641

Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. (2024). *Acogimiento residencial en centros de protección de menores.* Junta de Andalucía. https://juntadeandalucia.es/organismos/inclusionsocialjuventudfamiliaseigualdad/areas/infancia-familias/separacion-familia/paginas/acogimiento-residencial.html

Junta de Andalucía, Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud. (2024). *Instrucción Nº 1/2024 sobre el protocolo a seguir para la intervención psicoterapéutica.* Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

Kiss, L., Yun, K., Pocock N. y Zimmerman, C. (2015). Exploitation, Violence, and Suicide Risk Among Child and Adolescent Survivors of Human Trafficking in the Greater Mekong Subregion. *JAMA Pediatr, 169*(9), e152278. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.2278

Koller, Theadora y WHO, World Health Organization, Regional Office for Europe. (2010*). Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* WHO, Regional Office for Europe.

León del Barco, B., Felipe Castaño, E., Gómez Carroza, T., Gozalo Delgado, M. y Latas Pérez, C. (2007). Socialización y autoconcepto en una muestra de alumnos inmigrantes marroquíes. *Apuntes de Psicología, 25*(1), 53-65.

Leralta, O., Jiménez, J., Rodríguez, A. y Ruiz, A. (2022). *Viaje por la salud de las mujeres y las niñas migrantes.* Escuela Andaluza de Salud Pública, Instituto Andaluz de la Mujer.

Liebel, M. (2022). Contrarrestar el adultocentrismo. Sobre niñez, participación política y justicia intergeneracional. *Última década, 30*(58), 4-36. doi: 10.4067/S0718-22362022000100004

Linton, J.M. y Green, A. (2019). Providing Care for Children in Immigrant Families. *Pediatrics, 144*(3), e20192077. doi: 10.1542/peds.2019-2077

Llano Ortíz, J.C. (dirección técnica), Alguacil, A., Ariza, J., Llano Ortíz, J.C. y Quiroga, D. (equipo de investigación) (2022). *XII Informe: El estado de la pobreza en España. Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE-2030. 2015-2021.* EAPN-ES, Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español.

Llosada-Gistau, J., Montserrat, C. y Casas, F. (2015). The subjective well-being of adolescents in residential care compared to that of the general population. *Children and Youth Services Review, 52,* 150–157. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.11.007

López Narbona, M. (2008). Inmigración y Salud Mental Infantil y Juvenil. En N. Sayed-Ahmad Beiruti, R. García Galán, y E. González Rojo (Eds.), *Monografía I. Salud Mental en la Inmigración* (pp. 103-122). Escuela Andaluza de Salud Pública.

López Sánchez, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil. Vol. 1: Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos.* Ministerio de Asuntos Sociales, Centro de Publicaciones.

Martín Cabrera, E. (2015). Niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial. Un análisis en función del género. *Revista Qurriculum, 28,* 91-105.

Martín Cabrera, E., González Navasa, P., Chirino Alemán, E. y Castro Sánchez, J.J. (2020). Inclusión social y

satisfacción de los jóvenes ex-tutelados. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, 35,* 101-111. doi: 10.7179/PSRI_2020.35.08

Masten, Ann S. (2018). Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, Present, and Promise. *Journal of Family Theory & Review, 10*(1), 12-31. doi: 10.1111/jftr.12255

Millán-Franco, M., Gómez-Jacinto, L., Hombrados-Mendieta, M.I. y García-Cid, A. (2019). Las redes de apoyo social online y offline en los inmigrantes de Málaga (España). *Migraciones, Revista del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, 47,* 119–149. doi: 10.14422/mig.i47y2019.005

Molina Facio, C. y Martínez Bermúdez, C. (2016). *Valórame: Instrumento para a valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia en Andalucía.* Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Morales Gordillo, N.M. (2021). *Factores psicosociales y su relación con psicopatología y uso de sustancias en adolescentes de origen inmigrante* [tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona.

Morales, N., Contreras, C. Chávez, D., Ramos, M., Felt, E. y Collazos, F. (2021). Contexto escolar y salud mental de adolescentes migrantes y no migrantes en la ciudad de Barcelona. *Psicología Educativa, 27*(2), 199-209. doi: 10.5093/psed2021a6

Moro, M.R., Carballeira Carrera, L., Elúa Samaniego, A. y Radjackd, R. (2021). Los adolescentes y el mundo. Un enfoque transcultural. *Rev Asoc Esp Neuropsiq, 41*(139), 151-169. doi: 10.4321/S0211-57352021000100010

ONU, Organización de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño.* ONU.

Pávez-Soto, I., Galaz, C. y Ansaldo R. (2020). Repensando la polivictimización de la infancia migrante en Chile. *Revista de Sociología, 35*(2), 42–60. doi:10.5354/0719-529X.2020.58645

PHIT, Psychological Health Impact of Trafficking in Human Beings. (2019). *Psychological Health Impact of THB for sexual exploitation on female victims.* Universitat de Barcelona.

Pinto de Almeida, R.C. (2019). Ocio como Ámbito de Integración de Inmigrantes: Representaciones y Vivencias de Mujeres Brasileñas en el País Vasco. *Revista Subjetividades, 19*(2), 1-15. doi: 10.5020/23590777.rs.v19i2.e9229

Pittman, F. (1995). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis.* Editorial Paidós.

Priest, N., Paradies, Y., Trenerry, B., Truong, M., Karlsen, S. y Kelly, Y. (2013). A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. *Social Science & Medicine, 95,* 115-127. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.11.031

Rajmil, L. (2014). *Salud mental y calidad de vida en la población infantil. Encuesta Nacional de Salud España 2011/12. Informes monográficos n.º 2.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ramos Espejo, J.M. (Coord.), Madero Arias, Á. y Portilla Seiquer, I. (2019). *Desprotección de la infancia en la frontera sur. Menores migrantes sin referentes familiares y juventud extutelada en Andalucía, Ceuta y Melilla.* Federación Andalucía Acoge.

Rodríguez García de Cortázar, A. (2021). Cifras y tendencias en la movilidad de niñas y niños migrantes y/o refugiados no acompañados en Europa, España y Andalucía. En F.J. Durán (Dir.) y J. Cuesta y A. Navarro (Coord.), *Retos de las migraciones de menores, jóvenes y otras personas vulnerables en la UE y España. Respuestas jurídicas desde la perspectiva de género* (pp. 53-83). Aranzadi, Thomson Reuters.

Rodríguez García de Cortázar, A. y Ruiz Benítez, B. (2023). *Maltrato y Protección. Informe OIA-A 2023.* Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía.

Rodríguez García de Cortázar, A. y Gimeno Monterde, Ch. (2019). *Las migraciones de jóvenes y adolescentes no acompañados: una mirada internacional.* Editorial Universidad de Granada.

Rodríguez García de Cortázar, A. y Leralta, O. (2016). *Children and unaccompanied minors. Module 4: Vulnerable*

groups. Supporting Health Coordination, Assessments, Planning, Access to Health Care and Capacity Building in Member States Under Particular Migratory Pressure - 717275/SH-CAPAC. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Rodríguez Gómez, R. (2021). *Informe Datos de menores inmigrantes que han iniciado o están cursando los estudios de secundaria en Andalucía.* Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud.

Rodríguez-Izquierdo, R.M. (2018). Políticas de inclusión lingüística en España destinadas al alumnado de nacionalidad extranjera de reciente incorporación al sistema educativo: Dilemas y tensiones en tiempos de crisis. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas, 26*(154). doi: 10.14507/epaa.26.3461

Rubio León, D.C. (2020). Dimensiones para abordar la salud mental en el contexto de la migración. Revisión de literatura científica entre 2016 y 2019. *Revista Gerencia y Políticas de Salud,* 19, 1-18. doi: 10.11144/Javeriana.rgps19.dasm

Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Pulido, J., Guitart, A., González-González, R., Hoyos, J., Bravo, M.J. y Barrio, G. (2015). Effect of immigration background and country-of-origin contextual factors on adolescent substance use in Spain. *Drug Alcohol Depend, 1*(153), 124-34. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.05.040

Sastre Paz, M., Terol Claramonte, M., Zoni, A.C., Esparza Olcina, M.J. y del Cura González, M.I. (2016). Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria, 18*(71), 203-8.

Save the Children. (2023). *Girls on the move. Una investigación sobre las niñas y jóvenes migrants africanas hacia España e Italia.* Save the Children.

Silva Diverio, I. (Coord.), Durán, R., Alaiz Rodríguez, I., Sánchez Iglesias, I., Serapio Costa, A., Azañedo Herrero, V., Garrote Cerrato, M.M. y EOS, Instituto de Orientación Psicológica de Madrid. (2007). *La adolescencia y su interrelación con el entorno.* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud.

Sirin, Selcuk R. y Rogers-Sirin, L. (2015). *The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children.* Migration Policy Institute.

Tapia Ladino, M. y Gonzálvez Torralbo, H. (2013). Me voy a España a trabajar… familias migrantes colombianas, remesas económicas y relaciones de género en un contexto transicional. *Chungara, Revista de Antropología Chilena, 2,* 333-347.

Terrén Lalana, E. (2007). Adolescencia, inmigración e identidad. En A.M. López Sala y L. Cachón Rodríguez (Eds.), *Juventud e Inmigración. Desafíos para la Participación y la Integración* (pp. 186-200). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Gobierno de Canarias.

Troncoso, C. y Verde-Diego, C. (2022). Transición a la vida adulta de jóvenes tutelados en el sistema de Protección. Una revisión sistemática (2015-2021). *Trabajo Social Global – Global Social Work, 12,* 26-61. doi: 10.30827/tsg-gsw.v12.24511

Ulloa Quevedo, D. (2015). *El cuádruple exilio de los hijos adolescentes de la inmigración.* Psicología y Mente.

UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *La Travesía. Migración e infancia.* UNICEF.

UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017). *Una travesía mortal para los niños: La ruta de la migración del Mediterráneo central.* UNICEF.

UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Migration.* UNICEF.

UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022). *'RM Child-Health': safeguarding the health of refugee and migrant children in Europe.* UNICEF.

UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2023). *Comunicado de prensa. El número de niños y niñas desplazados alcanza un nuevo máximo de 43,3 millones.* UNICEF.

UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2024). *Niños migrantes y refugiados.* UNICEF.

Vélez Galárraga, R., López Aguilà, S. y Rajmil, L. (2009). Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gaceta Sanitaria, 23,* 433-439.

Venegas León, C., Pedrero Castillo, V. y Chepo Chepo, M. (2023). Discriminación racial y Determinantes Sociales de la salud en niños y niñas migrantes: revisión narrativa. *Revista Científica Salud Uninorte, 39*(1). doi: 10.14482/sun.39.01.610.422

Verhoeven, L., Voeten, M. y Vermeer, A. (2018). Beyond the simple view of early first and second language reading: The impact of lexical quality. *Journal of Neurolinguistics, 50,* 28–36. doi: 10.1016/j.jneuroling.2018.03.0029

La salud mental de las personas en desplazamiento forzado

Introducción

Almudena Millán Carrasco

Situaciones adversas para la seguridad y la integridad física como los conflictos armados, la violencia política o social, la persecución por creencias o formar parte de grupos étnicos o colectivos minoritarios o el crimen organizado están en las raíces de los desplazamientos forzados. Las personas antes de escapar de su país ya sufren psicológicamente el impacto de la violencia. Además, el hecho de no ser voluntario ni deseado el abandono del país puede producir un mayor efecto en la salud mental de estas personas. Este impacto es el que se analiza en este apartado.

Contexto

En 2022, según el informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el número de personas desplazadas por la fuerza debido a persecución, conflicto, violencia o violaciones de los derechos humanos creció en un 21% respecto al año anterior, lo que representa una estimación de 108,4 millones de personas (ACNUR, 2023a, p. 7). De estas, 35,3 millones son personas refugiadas, 62,5 millones desplazadas internas, 5,4 millones solicitantes de asilo y otras 5,2 millones personas necesitan protección internacional. Las personas menores de 18 años constituyen aproximadamente el 38% de la población refugiada (ACNUR, 2023a, p. 2).

El número de conflictos armados se ha incrementado en todo el mundo desde 2011 llegando a afectar en 2021 a 46 países. En África Subsahariana se contabilizan 18 de estos conflictos de alta intensidad, 9 en Asia Central, 8 en Oriente Medio y Norte de África, otros tantos en el continente americano y 3 en Europa (SIPRI, 2022).

Más del 50% de todas las personas refugiadas y otras personas que necesitan protección internacional provienen de cuatro países: Siria 6,5 millones (M); Ucrania 5,7 M; Afganistán 5,7 M y Venezuela 3,6 M (ACNUR, 2023a). En el momento de escribir esta monografía más de medio millón de sudaneses han cruzado ya la frontera con Chad

escapando de los combates entre el ejército y las fuerzas de respuesta rápida (Eassa, 2023).

España es actualmente lugar de recepción y acogida de personas que han huido de una tierra en la que sus derechos básicos no podían ser garantizados. En concreto, según datos obtenidos del informe del Comité Español de Atención a Refugiados (CEAR), en el año 2022 un total de 118.842 personas solicitaron asilo en España (Álvarez et al., 2023). Según el informe de CEAR de 2023, "[e]sto supone un incremento del 81,5% en relación con el año anterior, en el que se habían formalizado 65 482 solicitudes" (Álvarez et al., 2023, p. 57).

Además, se han otorgado 161.037 concesiones de protección temporal a personas procedentes de Ucrania, debido al conflicto bélico (Ministerio del Interior, 2023). Según el análisis en prensa de CEAR (2023), esa cifra convierte a nuestro país en el tercer país europeo con más peticiones, solo por detrás de Alemania y Francia, sin embargo, solo el 16% de estas solicitudes ha recibido una resolución positiva, frente al 38% de media que registra la Unión Europea, en este caso España se vuelve a situar en el tercer país, pero en la cola de las concesiones. El origen más frecuente de las personas solicitantes de asilo es: Venezuela (45.748), Colombia (36.012), Perú (8.937), Marruecos (3.905) y Honduras (3.017) (CEAR, 2023).

Salud mental de las personas en desplazamiento forzoso o solicitantes de asilo

La migración, como ya se ha mencionado en capítulos previos, implica un proceso de aculturación que repercute en la salud mental. El proceso de integrarse en una nueva cultura mientras se mantiene la propia cultura e identidad funciona como un estresor más en la salud mental. Se trata del estrés por aculturación en migración, que puede ser un factor de riesgo más en la salud mental (Kartal y Kiropoulos, 2016). A esta pérdida de referencias culturales propias se suma la soledad relacionada con la ausencia de una red de apoyo estable y, en muchos casos, el desconocimiento del idioma en el país de acogida. En el caso de población en desplazamiento forzoso se une también la incertidumbre sobre el futuro más inmediato debido al retraso en el proceso de solicitud de asilo.

Se trata de un conjunto de factores de estrés a los que se ven expuestas las personas solicitantes de refugio, y que pueden influir de manera específica en su bienestar mental. Ante estas adversidades, aunque ya se ha mencionado que migrar no supone, por defecto, padecer un problema psicológico, sí que existen algunas reacciones comunes entre las personas que experimentan migraciones forzosas. Según la *Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados*, editada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (COPM, 2016), estas reacciones irían relacionadas con tres aspectos:

> *La pérdida: se refiere a personas, lugares, recuerdos, etc. que quedan atrás, en mi ciudad y por el camino.*
>
> *Lo traumático: se asume que en una guerra son muchas las situaciones en las que las personas sienten miedo y pueden ver comprometida su propia vida o la de los suyos.*
>
> *La incertidumbre o los problemas con la adaptación: al partir no solo quedan atrás muchas personas, se abre un camino que lamentablemente no siempre es claro, y la "visión al final del túnel" es borrosa. Además, el destino (en este caso, nuestra casa que ahora es también la suya) es desconocido, novedoso (entendemos que no todo lo que veas te guste) e imprevisible (pocas respuestas sobre lo que queda por venir).*
>
> *(COPM, 2016, p. 6; negrita eliminada)*

Por supuesto, experimentar estas circunstancias no implica que se desarrolla sintomatología, la mayoría de las personas migrantes suelen mostrar respuestas resilientes, como ya se ha mencionado, pero es importante reseñar que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), por las experiencias traumáticas y estresantes, las personas refugiadas pueden presentar sentimientos de ansiedad y tristeza, desesperanza, dificultad para dormir, fatiga, irritabilidad, ira o dolores y molestias.

Aunque la mayoría de estas manifestaciones desaparecerán con el tiempo, si no son atendidas debidamente o las condiciones de la acogida no son las adecuadas, es posible que deriven en problemas de salud mental de mayor o menor gravedad. Según la Red Soma&Psy (2016), "[l]os diagnósticos más comunes entre personas refugiadas incluyen: trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad, episodios de pánico, trastorno de la adaptación y trastorno de somatización" (p. 13).

En este capítulo, se hace una aproximación a los factores relevantes que pueden incidir en la salud mental de este colectivo, en distintos momentos de su proceso migratorio (tránsito, acogida, convivencia en la comunidad). Se hace una reflexión específica sobre el colectivo de solicitantes de asilo por motivos de género, orientación sexual e identidad de género. Como en el resto de la monografía también interesa ofrecer claves para 'cuidar' de la salud mental de esta población, desde los servicios que la atienden.

El proceso migratorio de personas en desplazamiento forzoso y su impacto en la salud mental[29]

Ricardo Angora Cañego

El 70% de las personas desplazadas a la fuerza buscan asilo en países limítrofes, con la esperanza de poder regresar a su país de origen cuando la situación se estabilice. El 30% restante emprende una ruta migratoria hacia países con garantías de encontrar protección, como Europa, EE.UU. o Australia, preferiblemente. De estas rutas las de más tránsito son la Ruta del Mediterráneo hacia Europa y la Ruta de Mesoamérica hacia EEUU y Canadá (MdM, 2023).

Abandonar el país de origen nunca es fácil, romper con tus lazos familiares y culturales, dejar tu idioma y tus costumbres… pero si, además, se añade a este duelo que la migración sea forzosa, entran en juego otras circunstancias que pueden dificultar más el proceso de integración en la nueva sociedad de acogida. La mayoría de las personas solicitantes de protección internacional (en adelante PI) huyen de sus países con unos recursos económicos limitados o inexistentes, que además se reducen aún más en el periplo de su llegada España. En este apartado se van a analizar las principales rutas de acceso a nuestro país y a profundizar en las circunstancias que en este tránsito pueden amenazar o proteger la salud mental de esta población.

Situaciones del tránsito a través de las rutas más frecuentadas

El incremento de la vigilancia fronteriza y del control migratorio en los países de tránsito de las rutas migratorias más utilizadas ha incrementado el riesgo de las personas en busca de protección internacional. Estas rutas son cada vez más peligrosas y hace que las personas en tránsito se enfrenten a múltiples amenazas y corran grandes riesgos antes de alcanzar sus destinos (McAuliffe y Triandafyllidou, 2023).

De acuerdo con el *Missing Migrants Project* de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2024), más de 67.000 personas en desplazamiento forzado han perdido la vida a lo largo de las diferentes rutas migratorias en el mundo desde que, en 2014, esta agencia de Naciones Unidas comenzó a documentar los casos. Según los datos recogidos, 2023 ha sido el año con mayor número de personas migrantes muertas durante la ruta migratoria alcanzando la cifra récord de 8.565 personas (OIM, 2024). El mayor número de víctimas se ha producido en el Mediterráneo donde tan solo en 2023

[29]Algunos fragmentos del texto de este apartado están basados en una publicación previa (Angora Cañego, 2017). Además, el texto ha sido elaborado a partir de la bibliografía referenciada y la propia experiencia profesional en Médicos del Mundo (MdM).

desaparecieron 3.129 migrantes (OIM, 2024). La cifra se eleva a cerca de 29.967 si se considera la acumulada desde 2014 (OIM, 2024). Este número es el más alto en comparación con otras rutas migratorias por mar como a través del Caribe o el Océano Pacifico en el Continente Americano o atravesando el Océano Índico hacia el Continente Austral (OIM, 2024). El cruce del Mediterráneo se realiza en términos generales a través de 3 rutas, la oriental, la central y la occidental que son las que utilizan las personas en busca de asilo para llegar a Europa (OIM, 2022):

- La ruta oriental supone cruzar a través del Mar Egeo desde las costas de Turquía hasta las costas de las islas griegas de Lesbos o Chios. La utilizan personas en busca de asilo procedente de países de Oriente Medio, como Siria e Irak seguido por quienes proceden de Asia Central, sobre todo de Afganistán. Desde el acuerdo entre la UE y Turquía en 2016 esta es la ruta menos transitada.

- A través de la ruta central se cruza desde el norte de África, generalmente Libia hasta las costas de Malta o islas de Italia. La utilizan solicitantes de asilo subsaharianos Sudán, Somalia y Eritrea. Es la ruta más peligrosa y que acumula el mayor número de víctimas mortales.

- La ruta occidental implica cruzar el mar desde las costas de Marruecos y Argelia a las costas españolas a través del estrecho de Gibraltar. Suelen ser solicitantes de asilo provenientes de Marruecos, Argelia y África Subsahariana. En los últimos años se ha convertido en una de las rutas más frecuentes.

Existe otra ruta de llegada a España, por la llamada ruta atlántica, que supone cruzar el Atlántico desde las costas de Marruecos, Mauritania y Senegal hasta las costas orientales de las Islas Canarias. Son personas provenientes de África Occidental, Senegal, Mali, Costa de Marfil. Según OIM (2022) era una ruta poco frecuentada, aunque a medida que el control de las rutas clásicas está siendo más férreo, se está produciendo, en los últimos años, una derivación hacia ella.

Análisis de los estresores durante la ruta migratoria y su efecto en la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas en busca de protección internacional

En esta sección se describe la violencia ejercida sobre las personas solicitantes de asilo y la vulneración de derechos durante la ruta migratoria. Muchas de las personas solicitantes de protección internacional han sido víctimas de detenciones arbitrarias, tortura y trato degradante en sus países de origen antes de emprender el exilio. Dejan en el país parte de sus vidas, familiares, colegas de trabajo y amistades, lo que les ocasiona un sentimiento de pérdida. A lo que se añade el abandono de sus pertenencias y medios de vida y dejar atrás su contexto social y cultural, lo que les produce un sentido de desarraigo.

> *[Personas atendidas por los equipos de Médicos del Mundo (MdM)] manifestaban haber sufrido una larga y peligrosa ruta migratoria experimentando todo tipo de amenazas. Referían no haber tenido cubiertas las necesidades básicas. Detallaban haber recorrido largas distancias en vehículos en malas condiciones, junto a extenuantes caminatas para cruzar las fronteras y evitar ser detenidas. Se quejaban de pocas horas de descanso en precarios alojamientos en malas condiciones de higiene a lo que se sumaba una inapropiada y escasa alimentación. También relataban haber sido objeto de abusos por parte de los traficantes, sufriendo explotación económica exigiendo precios excesivos, mediante extorsiones que ocasionaban la separación familiar o de grupo en numerosas ocasiones. Denunciaban haber sufrido robos, humillaciones, agresiones e incluso violencia sexual.*
>
> *(Angora Cañego, 2017, p. 65)*

Situaciones, todas ellas, que suponían una re-traumatización (Angora Cañego, 2016).

Tras el importante sufrimiento experimentado durante la ruta migratoria, a la llegada a costas de islas europeas se alojaban en precarios centros de tránsito. La mayoría de estos no cumplían los estándares para cubrir las necesidades de las personas. Además, la larga permanencia en estos alojamientos supone un estrés añadido. Estas situaciones, altamente estresantes, acaba por minar las estrategias de afrontamiento desplegadas lo que actúa como precipitante para la quiebra psicológica (Angora Cañego, 2020).

Reacciones psicológicas y malestar psicosocial durante la ruta migratoria

Según la experiencia de los equipos de MdM, como consecuencia de la exposición a los factores estresantes y traumatizantes referidos, la mayoría de estas personas experimentan un considerable sufrimiento psicológico. Las reacciones más comunes como temor, sentimientos de vulnerabilidad, estrés mantenido situacional o alteración del funcionamiento suelen ser autolimitadas sin que las personas soliciten ayuda. La mayoría se recuperan en días o algunas semanas tras alcanzar sus destinos. Aunque si la ruta se prolonga estas reacciones se perpetúan.

Aquellas personas con vulnerabilidad de base pueden presentar dificultades para adaptarse a situaciones de alta demanda o superar el estrés mantenido, y acaban presentando síntomas de estrés agudo, conductas desadaptativas o somatizaciones.

Quienes han experimentado situaciones amenazantes para su supervivencia o han perdido algún ser querido llegan a presentar clínica de trauma o duelo. Otras personas, en estos contextos, pueden presentar alteraciones conductuales o descontrol emocional. Son menos quienes acaban desarrollando situaciones de ansiedad, depresión o estrés postraumático, pero la limitación funcional que les ocasiona les afecta para hacer frente a las necesidades del camino. Estas personas necesitan apoyo para reponerse y seguir adelante en la ruta migratoria (MdM, 2016).

Líneas de respuesta en salud mental y bienestar psicosocial

El acceso a servicios de salud mental es un derecho universal y una responsabilidad de los Estados. Se trata de personas en busca de asilo en situación de tránsito por un determinado país que tienen el derecho a recibir estos servicios (MdM, 2022).

Acciones con las administraciones de los países de tránsito y con agencias de Naciones Unidas para garantizar los servicios básicos

Las personas solicitantes de protección internacional en ruta hacia Europa que precisan atención de salud mental y psicosocial necesitan, antes que nada, satisfacer con urgencia las necesidades básicas. Desde nuestra experiencia en MdM, resulta prioritario proporcionales alojamientos confortables, vestimenta apropiada, alimento y servicios higiénicos. Una vez satisfechas estas necesidades básicas, las personas estarán en condiciones de ser atendidas de los problemas de salud mental y psicosociales que les afectan. Los Estados por los que transitan son los responsables de garantizar estos servicios básicos.

Cuando la capacidad de los Estados queda desbordada, son las Agencias de Naciones Unidas (NNUU) como la Organización Internacional paras las Migraciones (OIM), el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Programa Mundial de Alimentos (PMA) o la Agencia de Naciones Unidas para la Protección de los Derechos de la Infancia (UNICEF) quienes se encargan de proporcionar atención a las personas en tránsito. Además, las ONG humanitarias juegan un papel complementario en cubrir estas necesidades. Mientras, las organizaciones especializadas en salud mental y apoyo psicosocial realizan acciones de concienciación con los agentes proveedores de estos servicios para que se lleven a cabo con dignidad y calidez. También se encargan de proporcionar información sobre la disponibilidad de servicios, apoyos sociales y derechos legales en el país en tránsito.

Apoyo a las personas con necesidades psicosociales

De acuerdo con el conocimiento y la experiencia de Médicos del Mundo, los equipos de salud mental y apoyo psicosocial que intervienen a lo largo de las rutas migratorias llevan a cabo diferentes tipos de intervención en función de las necesidades. Se proporciona apoyo emocional en el caso de respuestas psicológicas comunes, y se recurre a 'primera ayuda psicológica' o 'intervención en crisis', si las personas presentan respuestas psicológicas intensas. Para los casos de respuestas

reactivas a situaciones desbordantes como trauma, duelo o descontrol emocional se utiliza el *counselling* abordando el trauma y el duelo o gestionando las alteraciones conductuales.

En el caso de presentar clínica compatible con problemas comunes de salud mental que va a afectar a la funcionalidad de las personas se utiliza terapia breve con técnica de resolución de problemas con la finalidad de que la persona pueda recuperarse en dos o tres semanas y continuar la ruta hacia el país de destino. Durante este tiempo la persona debe permanecer en un espacio y ambiente protegido. Aquellos casos que precisen intervenciones más prolongadas se remiten a servicios especializados de salud mental de los países en tránsito (MdM, 2016).

Más allá, estos equipos llevan a cabo acciones de protección. Algunas de estas son actividades de reagrupación familiar, protección a personas menores no acompañadas y fortalecimiento del apoyo familiar. Otras acciones específicas son la identificación y protección a personas con necesidades especiales y a supervivientes de violencia de género. Para esto se cuenta con la colaboración y coordinación con organizaciones especializadas en defensa de derechos humanos activas en los países de tránsito.

Atención a supervivientes de naufragios

La travesía del Mediterráneo en precarias embarcaciones está ocasionando incontables naufragios. Son verdaderas tragedias que colocan al límite de la resistencia física y psicológica a las personas que lo sufren. Los equipos de MdM constatan como la mayoría de los individuos supervivientes, tras el rescate, aparte de las lesiones físicas, quedan atemorizados por la extrema experiencia vivida, presentando síntomas de bloqueo mental, comportamiento regresivo y, en ocasiones, desconexión con el medio y fenómenos disociativos. Una vez en la costa, los equipos de salud mental y apoyo psicosocial de MdM intervienen con todas las personas supervivientes, proporcionando primera ayuda psicológica para reducir el impacto del acontecimiento altamente traumático vivido. Se les aloja en espacios confortables y tras su recuperación física se realizan sesiones donde poder expresar las emociones sentidas en el naufragio, lo que les ayuda a sobrellevar sus temores y sufrimiento. A continuación, se proporcionan

sesiones de *counselling* individual para fortalecer la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento positivas, evitando el uso de ansiolíticos o sustancias de abuso para mitigar el estrés sentido. Los equipos de MDM recomiendan a estas personas no aislarse y buscar la compañía de familiares y compañeros o compañeras de viaje como estrategia de apoyo psicosocial (Angora Cañego, 2017).

En experiencia de los equipos de salud mental y apoyo psicosocial de Médicos del Mundo, los casos más complejos son los de quienes habían sufrido la pérdida de algún ser querido en el naufragio. En estos casos al dolor por la pérdida traumática, se suma un notable sentimiento de culpabilidad por no haber hecho lo suficiente por el ser querido durante el naufragio. En general las personas supervivientes precisan intervenciones psicológicas específicas dirigidas a superar el acontecimiento del naufragio que, a diferencia del abordaje clásico del trauma, se benefician de intervenciones terapéuticas grupales, pero también del apoyo de pares mediante la participación en grupos de autoayuda.

A estas personas se les ofrece la posibilidad de seguimiento en sucesivos puestos de atención de la red de organizaciones humanitarias a lo largo de la ruta migratoria. En estos casos, "conocemos los graves efectos inmediatos en las emociones, conducta y funcionamiento, pero no conocemos suficientemente los efectos a medio y largo plazo en la salud mental de estas personas" (Angora Cañego, 2017, p. 68).

Actividades de incidencia con las autoridades locales y el sistema de NNUU para garantizar la protección

Las personas en tránsito son objeto de rechazo, estigmatización y exclusión social a lo largo de la ruta migratoria. Para hacer frente a esta violación de derechos, los equipos de MdM desplegados en la ruta migratoria llevan a cabo acciones de concienciación y sensibilización social con agentes sociales clave, al tiempo que se realiza denuncia de las violaciones de derechos de estas personas en busca de asilo o protección internacional.

La experiencia en centros de acogida para personas solicitantes de asilo y su impacto en la salud mental[30]

Azahara Peña Rodríguez

En España, el artículo 3 de la *Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria* establece que "[l]a condición de refugiado se reconoce a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de genero u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país, o al apátrida que, careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, por los mismos motivos no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él". A su vez en el artículo 7 de esta ley se establecen como motivos de persecución, "la raza, la religión, la nacionalidad, las opiniones políticas o la pertenencia a un grupo social determinado".

Sistema de acogida para personas solicitantes y beneficiarias de protección internacional y temporal

El *Real Decreto 220/2022, de 29 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula el sistema de acogida en materia de protección internacional* define en el art. 2 el "sistema de acogida de protección internacional" como "conjunto de recursos, actuaciones y servicios que se proporcionan a través del correspondiente itinerario a las personas incluidas en el ámbito subjetivo de aplicación del artículo 3 con la finalidad de asegurar la satisfacción de sus necesidades básicas en condiciones de dignidad".

Entre las personas destinatarias, además de solicitantes y beneficiarias de protección internacional (PI), estarían las personas apátridas y beneficiarias de protección temporal (PT), que podrían acceder al sistema de acogida, entre otras prestaciones (RD 220/2022, art. 3.1). El sistema de acogida está financiado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM), y gestionado a través de una acción concertada por diversas entidades sin ánimo de lucro (RD 220/2022, art. 7).

El sistema de acogida cuenta con una duración máxima de 18 meses (salvo excepciones en casos de especial vulnerabilidad) que se distribuyen en tres fases (RD 220/2022, art. 11).

[30] Este apartado está basado en la bibliografía y el marco legislativo referenciados, así como la propia experiencia profesional en Cruz Roja.

La fase de valoración inicial y derivación, en la que se valora el perfil y las necesidades de las personas solicitantes para su derivación al recurso más adecuado (RD 220/2022, art. 11, art. 15-17; art. 28).

La fase de acogida en la que las personas destinatarias se encontrarían alojadas en un recurso público dependiente de la Subdirección General de Centros del Sistema de Acogida, como los Centros de Acogida de Refugiados (CAR), o en un centro gestionado por una de las entidades colaboradoras (RD 220/2022, art. 11, art. 18-20, art. 29).

La fase de preparación para la autonomía, a la cual solo pueden acceder las personas beneficiaras de PI o de PT, consiste en el acompañamiento de la persona destinataria a su salida del centro de acogida y durante los meses que aún le resten de itinerario de acogida tras esta concesión (RD 220/2022, art. 21-24).

La duración total del itinerario de acogida está supeditada al estado de la tramitación de la solicitud de PI de la persona destinataria y de su proceso de adquisición de autonomía (RD 220/2022, art. 14, art. 32).

Según el Real Decreto 220/2022, la filosofía de intervención del itinerario se orienta hacia que la persona destinataria vaya adquiriendo de manera gradual su propia autonomía, y se organiza a través de un itinerario que incluye una valoración, intervención y acompañamiento personalizado. Para la consecución de los objetivos del itinerario personalizado, algunos de los servicios que se ofrecen a las personas destinatarias son: "acompañamiento social, psicológico, jurídico y cultural", aprendizaje del idioma, interpretación y traducción y orientación al empleo (RD 220/2022, art. 19).

Los siguientes apartados se centrarán en la intervención en el área psicológica.

Servicio de Atención Psicológica (SAP)

Como se ha mencionado en el anterior apartado, uno de los servicios que ofrece el sistema de acogida de PI es la atención psicológica, aunque esto no es indicativo de que la migración per se sea el origen de problemas psicológicos a tratar, pero sí que puede funcionar como un agente estresor. Por ello el objetivo del servicio no se centra exclusivamente en una intervención en los aspectos clínicos, sino que persigue:

> *Atender las posibles dificultades de adaptación de los/las destinatarios/as e impulsar el desarrollo de competencias y habilidades psicosociales, la promoción de la salud y la integración social, mediante el desarrollo de procesos, individuales y/o colectivos, de evaluación, diagnóstico, intervención terapéutica, seguimiento psicológico, en estrecha colaboración y coordinación con los servicios psicológicos y psiquiátricos de otras Administraciones Públicas y entidades privadas, facilitando el uso normalizado de los dispositivos. Asimismo, se incluirán las acciones dirigidas a atender y capacitar al personal y al voluntariado de la entidad para la mejor atención a las personas.*
>
> *(Cruz Roja Española, 2020, p. 3)*

Es importante señalar que la asistencia psicológica se enmarca dentro de una intervención de tipo multidisciplinar en la que los diferentes perfiles profesionales que atienden a las personas destinatarias (profesionales de trabajo social, educación, mediación, abogacía, etc.) trabajan conjuntamente en el acompañamiento para el establecimiento y la consecución de objetivos establecidos en el itinerario de personalizado de integración. Además, la intervención psicológica juega un papel fundamental en el apoyo a la solicitud de PI a través de la elaboración de informes, pero también en el proceso de preparación de la propia entrevista de asilo y en la gestión personal de la resolución de la solicitud, especialmente en los casos de denegación (Cruz Roja Española, 2020).

Manifestaciones psicológicas más comunes entre las personas solicitantes de asilo

Para muchas personas migrantes la sintomatología expresada o el desarrollo de problemas de salud mental suele estar más relacionado con la incertidumbre y las dificultades que experimentan a su llegada al país de destino que con los sucesos traumáticos del pasado (Red Soma&Psy, 2016).

Se considera además necesario mencionar la relevancia que cobra la intervención con niños, niñas y adolescentes (NNA) en los recursos de acogida. Los y las NNA en su mayoría han experimentado los mismos sucesos que sus familiares, tanto en país de origen como en tránsito, aunque las formas de gestionar estas vivencias y la expresión posterior puede ser diferente a la de sus padres y madres (COPM, 2016).

Según refiere el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid:

> *En niños de entre 0 a 12 años, que tienen más dificultad para describir lo que sienten, es habitual que, ante una situación de crisis, se sientan indefensos, inseguros, aparezcan conductas regresivas (por ejemplo, enuresis, temores nocturnos) y quejas somáticas y el miedo al abandono sea más predominante que otros. Según van creciendo el grado de comprensión es mayor, por lo que las emociones, como la culpa, ira, o fracaso juegan un papel trascendental. En la pre-adolescencia y en la adolescencia la sensación de inmortalidad generada al superar el acontecimiento traumático puede provocar la aparición de conductas de riesgo.*
>
> *(COPM, 2016, p. 16)*

Siguiendo esta descripción, con el objetivo de prevenir futuras problemáticas en los y las NNA, así como para facilitar el proceso de adaptación a su nueva realidad, en Cruz Roja se realiza un trabajo tanto a nivel individual como grupal con cada persona menor de edad que habita en los centros de acogida.

Elementos relevantes en la intervención psicológica

Con respecto a las características de la intervención, se procura mantener un enfoque transcultural y de género y la intervención debe estar basada en el trabajo a través del empoderamiento y con una mirada de resiliencia, más que centrada en las carencias de la persona (Martínez y Martínez, 2018), aunque, en la experiencia del trabajo en Cruz Roja, la cobertura de las necesidades básicas es el eje de donde parten el resto de actuaciones. Si la persona destinataria no tiene cubierta un mínimo de estas necesidades, no le va a resultar prioritaria la intervención psicológica. Una buena calidad de vida forma parte de una buena salud mental.

En la línea de fomentar un enfoque desde la resiliencia, la intervención psicológica y en general los objetivos de programa están en consonancia con lo que se conocen como "[f]actores postrauma relevantes en la respuesta de resiliencia o vulnerabilidad" (Pérez Sales, 2006, p. 163), entendiendo el trauma en este contexto en un sentido amplio del término, incluyendo "hecho extremo impactante" o evento vital que constituye una amenaza para la integridad física y psicológica de la persona (Pérez Sales, 2006, p. 13). En concreto, estos factores que fomentan una respuesta de resiliencia y que son relevantes a la hora de plantear una intervención psicosocial serían: potenciar el sentimiento de comunidad, la conservación de control de su propia vida, la recuperación de rutinas, el apoyo social, unas condiciones de vida con respeto a la dignidad de la persona y la perspectiva de futuro (Pérez Sales, 2004).

Es por ello que el fomento de los vínculos sociales, además de la autonomía a través del empleo no solo es importante como eje de integración (Martínez y Martínez, 2018) sino también a nivel terapéutico. Por otro lado, desde la experiencia en Cruz Roja, es esencial también el trabajo en la sensibilización de la comunidad y de la sociedad de acogida en general, para que estos entornos sean entornos reales de acogida que faciliten la integración.

En concreto, los objetivos en los que se asienta nuestra intervención desde Cruz Roja con las personas refugiadas suelen ser los siguientes:

- La elaboración del duelo (también el migratorio).
- La reelaboración del trauma (si existe).
- El reestablecimiento de rutinas.
- El aprendizaje de habilidades para la vida cotidiana en un nuevo contexto.

- La creación de un nuevo proyecto de vida.

Por otra parte, además de las 3 habilidades terapéuticas básicas: escucha activa, empatía y aceptación incondicional (COPM, 2016), en el contexto migratorio se convierte en fundamental el hecho comprender la cultura de la persona atendida y su idiosincrasia personal a la hora de intervenir.

Con respecto a la comprensión de la cultura, se ahonda más en otras partes de esta monografía, pero, en la experiencia de los y las profesionales de Cruz Roja, es la piedra angular de la intervención, pues sin una aproximación a la visión que la persona tiene de la salud mental y todo relacionado con ella, no conseguiremos una intervención efectiva pues no estaríamos hablando el mismo lenguaje, aunque nos comunicásemos en el mismo idioma, ya que nuestra cultura de origen determina la forma en la que gestionamos y expresamos nuestras emociones así como lo que consideramos o no un problema de salud mental (García et al., 2021).

Por último, mencionar que, en experiencia de los equipos de Cruz Roja, como en la mayoría de los procesos vitales, el tiempo y las circunstancias que ocurren durante este tiempo juegan un papel fundamental en la recuperación a nivel psicológico y en la integración. Sin embargo, en ocasiones, el ritmo de las personas que acogemos en nuestros dispositivos dista de los ritmos que marca el programa, por lo que cobra especial relevancia el papel que juegan el resto de recursos existentes en el medio, durante su estancia en el centro, pero sobre todo a su salida.

Derivaciones a recursos especializados

Existen situaciones o cierto tipo de problemáticas en las que el acompañamiento en los centros de acogida puede llegar a ser insuficiente, bien porque se escapa de nuestras competencias, bien porque requieran de un apoyo extra por una persona especializada en la cuestión. En el caso de sintomatología psicológica grave, entendiendo grave como los casos en los que estos síntomas interfieran en el día a día de la persona o produzcan un gran sufrimiento, generalmente la persona destinataria es derivada a los servicios de salud mental comunitarios. También, el propio sistema de acogida cuenta con algunas plazas específicas para personas destinatarias del programa que requieran a su vez un tratamiento especializado en salud mental y que no puedan llevar una vida cotidiana en un centro estándar. En la actualidad existen plazas específicas para mujeres solas, hombres solos, familias y para personas con problemas de salud mental o problemas de consumo.

Aparte de las manifestaciones clínicas propiamente dichas, en la intervención con las personas residentes en nuestros centros, a menudo nos encontramos con otras problemáticas que requieren la derivación por nuestra parte a recursos específicos. Aquí citamos algunas:

- Casos de violencia de género (en el pasado o en la actualidad).
- Secuelas relacionadas con haber sufrido violencia sexual.
- Abuso de sustancias o juego.
- Detección de necesidades específicas, generalmente en niños, niñas y adolescentes.

Otro tipo de recursos que no son de intervención terapéutica como tal pero que contribuyen a restablecer la salud psicológica de la persona, sobre todo porque fomentan el sentido de pertenencia a un grupo social, son las asociaciones de mujeres, las asociaciones del colectivo LGBT+, los proyectos que trabajan con personas mayores o jóvenes, las entidades de voluntariado o los lugares donde realizar actividades lúdicas, entre otros.

Coordinación con recursos externos

Para que la derivación a recursos, ya sean públicos o privados, de las personas solicitantes de asilo sea lo más efectiva posible, en Cruz Roja hemos observado una necesidad de comunicación y coordinación con los agentes relevantes que participan en su proceso de recuperación de la salud mental, así como de su integración en general. Estos agentes podrían ser: profesionales de medicina de familia, de servicios públicos como ayuntamientos, servicios sociales, etc., docentes, y, especialmente, profesionales que trabajan en los servicios de salud mental comunitarios. En concreto, para facilitar la atención por parte de estos servicios de salud mental, desde nuestra organización, consideramos que sería idóneo que entrasen en juego los siguientes elementos:

- Que hubiese servicios de interpretación (al menos de teleinterpretación) y que se haga un uso efectivo de ellos.
- A ser posible, que se contase con servicios de mediación intercultural.
- Que los materiales, de evaluación e intervención profesional, estuviesen adaptados y validados, no solo traducidos, por lo menos con respecto a los grupos culturales más presentes en cada zona.
- Que se realizase una formación continua, dirigida colectivos profesionales relevantes, en competencia intercultural, así como en otros aspectos que puedan ser relevantes para conocer la realidad de las personas que atienden como, por ejemplo, en qué consiste el proceso de solicitud de protección internacional.

Con la finalidad de mejorar la atención a las personas migrantes en general, en Andalucía contamos, desde el año 2012, con el *Programa de Atención a Población Inmigrante en*

Salud Mental (PAPI-SM), impulsado por el *Grupo de Trabajo Inmigración y Salud Mental* del Servicio Andaluz de Salud, cuyo objetivo es "[d]otar a los y las profesionales de una herramienta que les ayude, oriente y proporcione las claves y medios oportunos para mejorar su respuesta a la diversidad de la demanda; y disminuya el estrés y la ansiedad que se pueden generar en las situaciones de incertidumbre y dudas" (Sayed-Ahmad Beiruti et al., 2012, p. 7).

Este programa propone una metodología de trabajo en red, interdisciplinar, elaborando planes contextualizados y adaptados culturalmente, adaptando y flexibilizando el horario de trabajo a las necesidades de las personas usuarias y potenciando la participación activa de las personas migrantes, su entorno y otras entidades que intervienen con ellas.

Conclusiones

En mi opinión, es indiscutible que el sistema de acogida para personas solicitantes de protección internacional supone una base fundamental de la que partir en el proceso de integración de estas personas, proporcionando un sostén y una orientación en las primeras fases de la llegada a España.

Uno de los elementos clave de este programa lo encontramos en la intervención psicológica, ya sea para trabajar las secuelas de la historia vital de las personas destinatarias como para ayudarlas a afrontar su nueva epopeya en nuestro país. Desde mi experiencia como profesional de un centro de acogida, considero que es cierto que muchas de las personas acogidas en los centros cuentan con herramientas propias de resiliencia y nunca van a desarrollar sintomatología psicológica, pero la manera en que se organice la sociedad de acogida y cómo de adaptada sea la atención por parte de los diferentes servicios públicos y privados repercutirá en la evolución y el pronóstico de la salud mental de las personas refugiadas.

Aspectos relevantes para la salud mental en población solicitante de asilo y/o refugiada atendida en la comunidad[31]

Ana Parra Parra

Según mi propia experiencia profesional, hablar de personas refugiadas en situación regular incluye muchas realidades distintas que engloban a colectivos con características y necesidades muy variadas. Por ejemplo, personas sin recursos económicos ni red socio-familiar o por el contrario con solvencia económica y familiares que apoyen tanto en el país de acogida como en el de origen; personas de lengua castellana o personas sin ningún conocimiento del idioma; personas que tienen que 'luchar' contra el sistema burocrático para acceder a citas, renovaciones o personas a las que desde la administración se les facilita el acceso, aunque sea temporal como a las personas refugiadas ucranianas o afganas colaboradoras con el destacamento español... Estas serían solo algunos de los ejemplos.

Dificultades que afrontan

Según recoge Cruz Roja Española (2023) en su informe *Atravesando fronteras, abriendo puertas, cerrando heridas*, los motivos de solicitud de protección internacional se distribuyen así: el 24% de los casos ha sufrido persecución, amenazas y/u otros tipos de violencia debido a su orientación política. En segundo lugar, con el 24%, por motivo de conflicto armado, en tercer lugar, la categoría 'otros' que agrupa motivos o razones humanitarias como enfermedad sobrevenida de carácter grave que requiera asistencia sanitaria especializada, no accesible en el país de origen, en cuarto lugar, con el 14% por pertenencia a un determinado grupo social determinado, 13% por su género, 5% orientación afectiva y sexual y 4% por motivos de religión.

Estos datos sirven para explicar la realidad que tienen que afrontan las personas solicitantes. Por un lado, según el informe de Cruz Roja Española (2023), las citas para formalizar la solicitud se demoran varios meses, incluso en algunas provincias más de un año para conseguirlas, y, en segundo lugar, una vez que acceden al trámite y obtienen su permiso, las personas solicitantes esperarán otros 6 meses para obtener el permiso para trabajar. La realidad es que, según datos de CEAR (Álvarez et al., 2023), seis de cada diez solicitudes de protección internacional (PI) terminan siendo denegadas, con lo cual la regularización administrativa de su estancia en el país habrá sido solo una ilusión que

[31] El apartado está basado en la bibliografía referenciada y la propia experiencia profesional.

tirará por tierra su proyecto de futuro, situándose otra vez en situación irregular y sin posibilidades de acceder al mercado laboral.

Sin embargo, en los últimos años mi equipo de trabajo ha podido comprobar que sí hay otra forma más ágil administrativamente y más humanitaria de hacer las cosas. La guerra en Ucrania ha provocado uno de los mayores desplazamientos forzados en lo que llevamos de siglo, y el mayor en Europa desde la Segunda Guerra Mundial. Ante un reto de tales dimensiones, la Unión Europea adoptó una decisión sin precedentes: activar el mecanismo de protección temporal que prevé la Directiva del Consejo de Europa (2001) para este éxodo de personas refugiadas de Ucrania, lo que permitió dar una respuesta eficaz y rápida a las necesidades de millones de personas. Según ACNUR, España es el quinto país de la UE en número de concesiones de protección temporal a personas refugiadas de Ucrania, confiriendo autorización de trabajo y residencia a más de 170.000 personas de este país (ACNUR, 2023b).

Según Álvarez et al. (2022), el sistema de acogida actual tiene fortalezas como es "la atención integral a las personas por equipos formados y especializados de carácter interdisciplinar" (p. 115) que trabajan por su integración social, laboral y por su bienestar psicológico, pero cuando las personas refugiadas salen de estos dispositivos y tienen que continuar por sus propios medios se enfrentan a importantes dificultades.

A continuación, nombraré las dificultades más importantes, según mi propia experiencia profesional:

La integración laboral

Durante el tiempo que las personas refugiadas están en los servicios de acogida tienen las necesidades básicas cubiertas pero una vez fuera, encontrar trabajos dignos, que le aseguren la subsistencia, se hace muy complicado para este colectivo. El trabajo precario y mal remunerado sigue siendo la única opción para la gran mayoría de personas refugiadas.

El acceso a la vivienda

Conseguir vivienda es el otro problema principal con el que cuentan las personas refugiadas. En España en los últimos años asistimos a una subida de los precios del alquiler en casi todas las provincias. Acceder a una vivienda digna, con salarios bajos, se hace una misión casi imposible. Por estas circunstancias, este colectivo termina asentándose en barrios marginales, con pocos recursos y en viviendas con deficientes condiciones de habitabilidad, o compartiendo viviendas entre varias unidades familiares.

Integración social

Las dificultades para la integración social se agravan cuando hay desconocimiento del idioma, cuando existe discriminación racial o incluso en, algunos casos, rechazo hacia las personas refugiadas y migrantes en general. La pobreza y la situación de exclusión social en la que viven muchas personas refugiadas dificultan las posibilidades de integración. El informe *¿Acoger sin integrar? El sistema de acogida y las condiciones de integración de personas solicitantes y beneficiarias de protección internacional en España* aporta la siguiente información:

> *[E]l sistema de acogida se agota o termina de forma efectiva y práctica cuando cesan las ayudas económicas a los 18 meses (24 en caso de personas vulnerables). Cuando esto sucede, las personas refugiadas siguen teniendo, en líneas generales, las precarias condiciones de integración laborales, sociales, residenciales, etc. descritas anteriormente. Es decir: el SAI [Sistema de Acogida Internacional)] no logra transformar sustancialmente sus condiciones de integración social. De modo que, cuando cesa su actuación, las personas refugiadas siguen necesitando de ayudas y apoyos básicos en diferentes grados. Lo que les lleva, en muchas ocasiones, a entrar en contacto con los servicios sociales universales, con otras organizaciones sociales que trabajan con población vulnerable y excluida, o con las mismas ONG del sistema, pero en otros programas más generalistas. Esta situación ha llevado, de forma paradójica y polémica, a que, en algunos territorios, se hayan desarrollado programas llamados de cuarta fase, creados por ayuntamientos y comunidades autónomas, y destinados específicamente a población refugiada.*
>
> *(Iglesias et al., 2018, p. 21)*

Según Iglesias et al. (2018), se podría decir que tras salir del sistema de acogida que les ha apoyado y cuidado, en el sentido amplio de la palabra, deben buscar una integración en la sociedad española partiendo de una situación de vulnerabilidad y en muchas ocasiones de exclusión social donde la precariedad laboral, los bajos ingresos económicos, la falta de vivienda y las dificultades de acceso a los recursos sociales van a estar presentes en mayor o menor medida.

Según mi propia experiencia profesional, la parte más dramática la viven las personas solicitantes de protección internacional que reciben la resolución denegatoria y tras un periodo de uno a tres años en los que han tenido permiso de residencia y trabajo pasan a una situación de 'irregularidad sobrevenida', perdiendo la posibilidad de trabajar y acceder a las ayudas públicas, lo que las sitúa en nuevamente en la casilla de salida y abocadas a aceptar trabajos sin contrato o infravivienda. Sumándose así al colectivo más vulnerable y con más riesgo de exclusión social, las personas en situación irregular, si además le sumamos otros factores de vulnerabilidad y/o discriminación como personas racializadas, personas LGBT+, mujeres, personas con discapacidad o dependientes, sus posibilidades de integración laboral y social disminuyen.

Además, conviene recordar nuevamente que, aunque la migración en sí misma no es un factor de riesgo para su salud mental, también es cierto que cuando más sufrimiento y desesperanza suma una persona más posibilidades hay de que presente síntomas en mayor o menor gravedad; y que, aunque en la mayoría de los casos se resolverán por sí solos, hay que prestarles atención para evitar agravamientos de problemas de salud mental que puedan disminuir su capacidad de funcionamiento.

Propuestas de mejora

Por otra parte, según mi propia experiencia profesional, algunas de las propuestas que podrían llevarse a cabo para mejorar la situación de las personas refugiadas en situación regular podrían ser:

- Crear recursos donde poder continuar con itinerarios personalizados de apoyo para búsqueda de empleo y formación una vez que finalizan su estancia en los dispositivos de acogida. El trabajo es junto con la red social el principal elemento de integración social y es preciso prestar más ayuda para que el colectivo pueda acceder al mercado laboral.

- Establecer una garantía habitacional, al menos para los colectivos más vulnerables, estableciendo perfiles de acceso a vivienda por ejemplo a personas con discapacidad o enfermedades graves, familias monoparentales con menores de edad a cargo o personas mayores.

- Para mejorar la integración social es esencial asegurar el acceso a los recursos sociales básicos, siendo necesario que reciban una información amplia y eficiente sobre sus derechos y las posibilidades de ayudas públicas o privadas a las que puedan acogerse. En este punto destacar que prestaciones como el ingreso mínimo vital o las rentas mínimas de inserción deben ser más accesibles para las personas refugiadas. En otros casos como el acceso a los recursos regulados en la llamada Ley de Dependencia se exigen 5 años de residencia legal *(Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).*

Por su parte, Álvarez et al. (2022), en el Informe 2022: *Las personas refugiadas en España y Europa* de CEAR, recogen como propuestas la importancia de "[c]onstruir narrativas que contribuyan a crear una línea de comunicación política e institucional positiva en relación a las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas" (p. 16).

> *A la hora de crear y cambiar las narrativas es importante rehuir de los relatos que consideran a las personas migrantes y refugiadas como 'las otras'. Para construir una sociedad inclusiva y diversa hay que poner en valor todo lo que aportan las personas a la sociedad, las historias humanas que hay detrás de cada una de las cifras, así como informar sobre los casos de éxito de convivencia en barrios, frente a quienes solo ponen el foco en los fracasos. (…)*
>
> *Las nuevas narrativas deberían abordar las migraciones desde una perspectiva de derechos humanos, romper con el estigma y la criminalización de la persona migrante, empezando por utilizar un lenguaje que hable de personas y huya de cosificar, generalizar o hablar de grupos despersonalizados donde no existe el individuo o se deshumaniza. Hay que explicar el contexto, el lugar de origen, el pasado de las personas de quienes hablamos y también su realidad presente en el país de acogida. Destacar el papel que juega la mujer migrante, mil veces invisibilizada.*
>
> *(Álvarez et al., 2023, p. 129)*

El construir, potenciar y mantener una red social en torno a las personas refugiadas es primordial para su bienestar y su integración social. Según Álvarez et al. (2022), es necesario "[f]omentar y apoyar la participación del tejido asociativo, voluntariado y ciudadanía como elemento de cohesión social, incluyendo mediante la puesta en marcha y financiación de programas y proyectos de acción comunitaria, cuidados y solidaridad de proximidad vinculados a la protección internacional en los contextos locales de acogida, así como de proyectos e iniciativas de sensibilización y prevención de los discursos de odio, racismo y xenofobia" (p. 141).

También se hace necesario establecer protocolos de colaboración con las ONG que atienden a estos colectivos, estén en situación regular o irregular, para facilitar su atención en los dispositivos de salud mental. Un trabajo en red 'real' que asegure la accesibilidad y la coordinación con estas instituciones, sobre todo en casos graves. Como ejemplo, se podría citar el *Programa de Atención a Población Inmigrante en Salud Mental (PAPI-SM)* (Sayed-Ahmad Beiruti et al., 2012).

Desde las ONG y también desde las instituciones públicas se deben de propiciar espacios de encuentro entre las personas migrantes y refugiadas para crear vínculos, donde la convivencia y la conciencia de la riqueza intercultural sea puesta en valor.

Análisis de la situación y claves de la salud mental de las mujeres en desplazamiento forzado por razón de género[32]

Alba Villanueva Fernández. Mujeres en Zona de Conflicto

Desde la experiencia profesional en intervención de Mujeres en Zona de Conflicto (MZC), a los factores que pueden afectar a la salud mental de las personas en desplazamiento forzoso vistos al comienzo de este capítulo, en el caso de las mujeres solicitantes de asilo o protección internacional se suman una serie de estresores específicos relacionados, de manera muy importante, con las violencias basadas en el género.

Antes de entrar a analizar los elementos más destacables que amenazan la salud mental de las mujeres solicitantes de asilo y cuáles son las claves de la intervención con el colectivo desde la experiencia de MZC, considero necesario hacer una serie de precisiones conceptuales.

En primer lugar, hay que tener en cuenta de qué hablamos cuando mencionamos el marco de las violencias basadas en el género. Para MZC, "las violencias basadas en el género son una de las manifestaciones más claras de desigualdad, de subordinación y de poder de los hombres sobre las mujeres, y constituye un instrumento histórico en la estrategia de dominación patriarcal" (García-Mora et al., 2022, p. 14).

Según el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya se trata de un tipo de violencia que se produce por la relación desigual entre hombres y mujeres y es estructural e instrumental (Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud, 2009). Así entendida, la violencia basada en el género va mucho más allá de la violencia física o psicológica que ejerce el hombre sobre la mujer en un contexto de pareja. Visibilizar todas las dimensiones de la vida donde se da la violencia hacia las mujeres es una reivindicación de la lucha feminista a la que nos sumamos desde MZC.

Igual que hiciera la IV Conferencia Mundial de las Mujeres la ONU (1996), entendemos en MZC la violencia de género en sentido amplio, incluyendo la violencia sexual, violencia económica, acoso sexual, la amenaza y la discriminación, la trata de seres humanos, la mutilación genital femenina, los matrimonios forzados, etc. Y en general, cualquier tipo de violencia que se ejerce contra las mujeres por el hecho de ser mujeres, entendidas en el contexto de las relaciones de género dominantes en la sociedad.

[32] El apartado ha sido elaborado a partir de la bibliografía referenciada y la propia experiencia profesional en Mujeres en Zona de Conflicto (MZC).

En segundo lugar, es necesario ser conscientes de que los procesos de violencia afectan de manera diferenciada a las mujeres migrantes. En 2019 y 2020, la Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI) y la Red de Mujeres Latinoamericanas del Caribe publicaron dos informes en los que, analizando los datos de víctimas de violencia de género en España, se evidenciaban diferencias significativas de estos procesos en las mujeres migrantes (Retamozo Quintana y Monteros Obelar, 2019; Retamozo Quintana et al., 2020). Según su análisis, las mujeres migrantes están sobrerrepresentadas en las cifras de violencia de género, sufren una mayor desprotección en el contexto de violencia y presentan mayores dificultades para acceder a las ayudas económicas que se plantean como derechos para facilitar la salida de la violencia, entre otros aspectos. Pero, sobre todo, las mujeres migrantes presentan mayores dificultades de acceso a la protección y a los derechos que se les reconocen como víctimas, especialmente en contextos de irregularidad jurídica, situaciones de dependencia del cónyuge o contextos de tráfico y trata (Retamozo Quintana et al., 2020).

Las violencias que tienen un mayor impacto en las mujeres en desplazamiento forzado, siguiendo el marco conceptual de Mugarik Gabe (2017, citado por García-Mora et al., 2022), se pueden agrupar en 4 dimensiones:

"Física y psicosocial"

por el impacto sobre la salud física, mental y social que genera de manera específica las violaciones de los derechos humanos de las mujeres.

"Cultural"

con relación a los sistemas ideológicos y de creencias que perpetúan la violencia.

"Socioeconómica/Cultural"

sobre la exclusión económica, laboral y la feminización de la pobreza.

"Institucional"

que contribuye a perpetuar esta lacra bien por no tomar suficiente partido, bien por ser cómplice y reproductor de esta realidad.

(García-Mora et al., 2022, p. 17-18; subrayado eliminado)

Desde MZC, como entidad especializada en la atención a víctimas de explotación sexual y trata, hemos observado que las mujeres que sufren esta violación de sus derechos humanos presentan una serie de particularidades que funcionan como estresores psicosociales, condicionando su bienestar emocional y su salud mental, y que requieren de un acompañamiento profesional (MZC, 2024).

En las situaciones atendidas por MZC, observamos que las mujeres que están en contextos de explotación sexual y trata de seres humanos, en la mayoría de las ocasiones, se encuentran en situación administrativa irregular, con pocos o muy limitados recursos económicos, sin una red de apoyo estable y muchas de ellas con deudas pendientes y responsabilidades familiares. Además, por las características intrínsecas a la explotación sexual o trata, se produce un aumento de la deshumanización y la violencia cotidiana, lo que puede tener graves consecuencias sobre su salud mental. La exposición crónica a estas situaciones traumáticas y a la violencia cotidiana puede provocar una desregulación psicológica de múltiples sistemas (emocional, conductual, somático, disociativo y relacional), lo que aumenta la posibilidad de desarrollar estrés postraumático, depresión y/o ansiedad.

Asimismo, desde MZC identificamos que hay una serie de factores específicos que contribuyen en la vulnerabilidad a sufrir procesos de desestabilización emocional dentro de un contexto de violencias basadas en el género. En primer lugar, la normalización de la situación de violencia, que contribuye a retrasar el autorreconocimiento de la situación vivida. En segundo lugar, una vez superado el paso previo del autorreconocimiento de la situación, es habitual la generalización del sentimiento de vergüenza y culpabilidad por el proceso vivido, que afecta en la autoestima. Y, por último, es imprescindible mencionar el miedo a la denuncia, especialmente en situaciones de situación administrativa irregular. Todos estos factores actúan como barreras de acceso a los sistemas de protección y dificultan de manera específica la intervención en contextos de violencias basadas en el género.

Ante esta realidad, la metodología de intervención más adecuada, desde la experiencia de Mujeres en Zona de Conflicto, es la atención integral a partir de la intervención psicosocial, con especial hincapié en la terapia cognitivo-conductual e intervenciones multimodales basadas en el individuo. Es fundamental abordar cuestiones que favorezcan la resiliencia de las mujeres participantes, mejorar sus fortalezas, su autoestima y sus recursos personales, promoviendo el empoderamiento y autonomía personal, lo cual requiere el uso de la escucha activa, la atención total, la empatía, la validación emocional y una actitud de no juicio, unido a un espacio de intimidad, en un ambiente cálido y afectuoso de respeto y confidencialidad. Todo ello desde un enfoque de perspectiva de género y de derechos, poniendo el foco en el cuidado de la salud mental de la mujer, de manera ajustada a su demanda y a las necesidades evaluadas.

Las características principales de la metodología llevada a cabo son las siguientes:

Holística

se realiza una evaluación de la realidad de las mujeres en su totalidad con el fin de dar prioridad al abordaje de factores que influyen negativamente en la prolongación en el tiempo de la situación de violencias basadas en el género.

Integral

se ofrece atención a nivel social, jurídico, laboral, psicológico y sanitario a fin de poder atender de forma coordinada todas las necesidades detectadas.

Transcultural

Transcultural: se respetan las decisiones de las participantes con relación a su cultura y costumbres.

Participativa y centrada en la autodeterminación

se fomenta que las mujeres atendidas se involucren en todo momento en su proceso, promoviendo la resolución de dificultades de forma autónoma en base a sus decisiones personales.

Este enfoque se materializa en la actividad del apoyo psicológico, que se concreta en tres tipos de actuaciones: en primer lugar, sesiones de apoyo psicológico para la reparación del daño, gestión del duelo migratorio, abordaje del malestar generado por conflictos intrafamiliares y aumento de la resiliencia mediante técnicas de psicoeducación; en segundo lugar, la intervención en episodios de crisis y desborde emocional mediante técnicas que favorezcan la ventilación emocional; y por último, el desarrollo de procesos de atención terapéutica para mujeres que han presentado problemas de salud mental más acusados.

También son de gran utilidad el uso de talleres biopsicosociales. Habitualmente se desarrollan en dos temáticas específicas: por un lado, talleres sobre autoconocimiento, empoderamiento y consentimiento, en donde se pretende favorecer la reflexión sobre los estereotipos y creencias respecto a la estética y la belleza impuesta a las mujeres y sobre el placer femenino, impulsando reflexiones relacionadas con las creencias sobre nuestros cuerpos, nuestra salud y nuestra sexualidad. Por otro lado, talleres sobre salud, autocuidados y ansiedad, en donde se pretende mejorar las condiciones de salud física mediante el conocimiento corporal y la práctica de técnicas de relajación como alternativa al consumo de psicofármacos ante estados de estrés y ansiedad.

Asimismo, para aquellas mujeres que no reconocen su situación de víctimas, MZC considera que es necesaria una intervención particular. En estos contextos se trabaja con el objetivo de este reconocimiento, priorizando la reparación del daño y el acompañamiento emocional en el momento de la toma de consciencia de dicha situación, fomentando las capacidades de resiliencia y la autopercepción de reconocerse como una superviviente. Se pretende favorecer dar el salto a la aceptación de su situación para poder mejorarla.

Por último, vemos imprescindible incidir en la necesidad del trabajo en coordinación con cualquier recurso al que pueda tener acceso la participante. En particular, otras entidades especializadas en la atención a personas refugiadas, los centros de salud de atención primaria, los servicios de atención a víctimas del delito (como el Servicio Asistencia a Víctimas en Andalucía), los centros de apoyo a la mujer municipales, servicios sociales comunitarios, etc.

Todo ello sin perder de vista que el principal objetivo de la actuación psicológica es brindar a las mujeres apoyo psicológico para afrontar las crisis vitales que suelen sufrir debido a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran.

Salud mental en personas en desplazamiento forzoso por razones de orientación sexual o identidad de género[33]

Eva Gallego Llerena

Introducción

Las personas LGBT+ (lesbianas, gais, bisexuales, trans y otras identidades y corporalidades diversas) también forman parte de los flujos migratorios. En muchas ocasiones, el hecho de pertenecer al colectivo LGBT+ constituye el principal motivo para iniciar un proceso migratorio, en base a la situación de persecución que el colectivo sufre en distintos lugares del mundo. Diferentes informes internacionales contemplan los motivos de orientación sexual e identidad de género como causa para solicitar protección internacional en un nuevo país (ACNUR, 2012). España recibe cada año miles de solicitudes de protección internacional relacionadas con distintos tipos de persecución

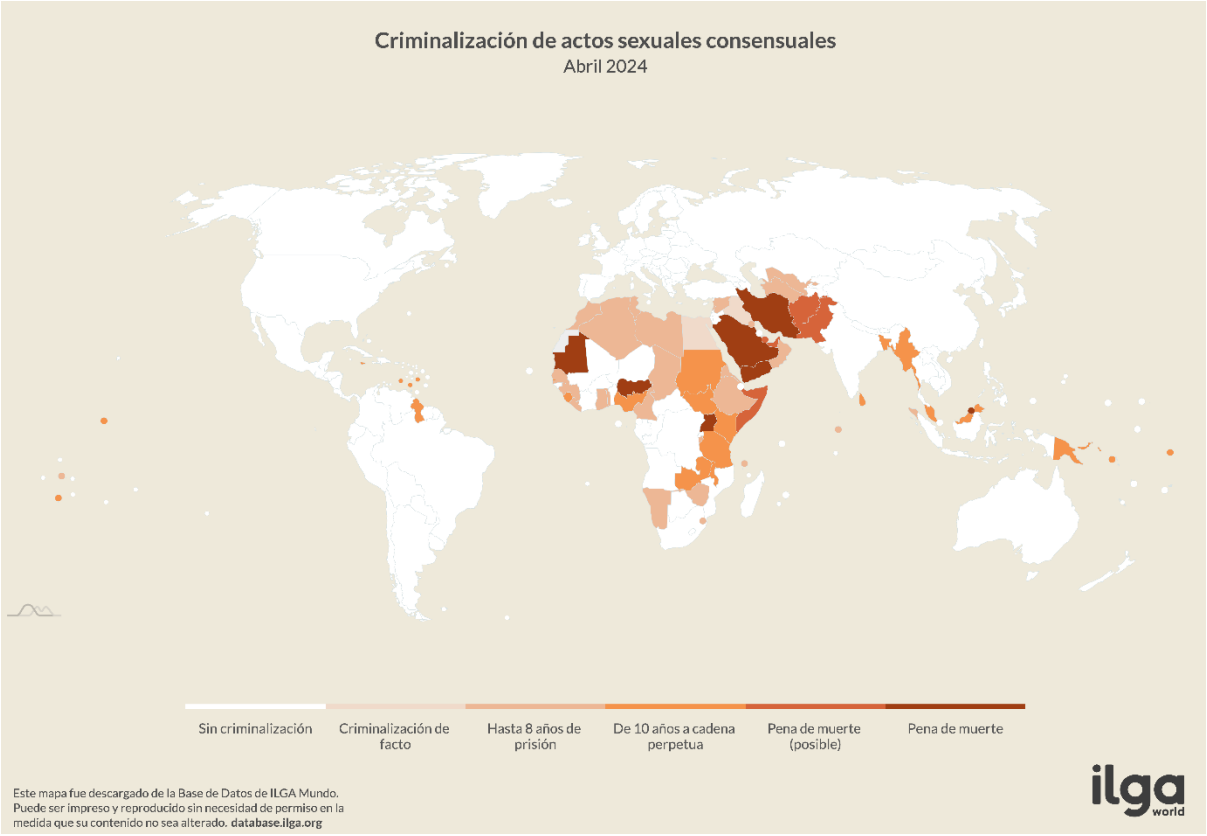
[33] El apartado ha sido elaborado a partir de la bibliografía referenciada y la propia experiencia profesional en Médicos del Mundo (MdM). Se centra en la experiencia de MdM con personas LGBT+ (lesbianas, gais, bisexuales, trans y otras identidades y corporalidades diversas), sin profundizar en la situación de personas intersex, nombrada en algunos informes referenciados. Para más información sobre la situación específica de personas intersex migrantes y en desplazamiento forzado, véase el apartado *Necesidades de atención en salud mental de personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado.*

por motivo de orientación sexual o identidad de género (Álvarez et al., 2023).

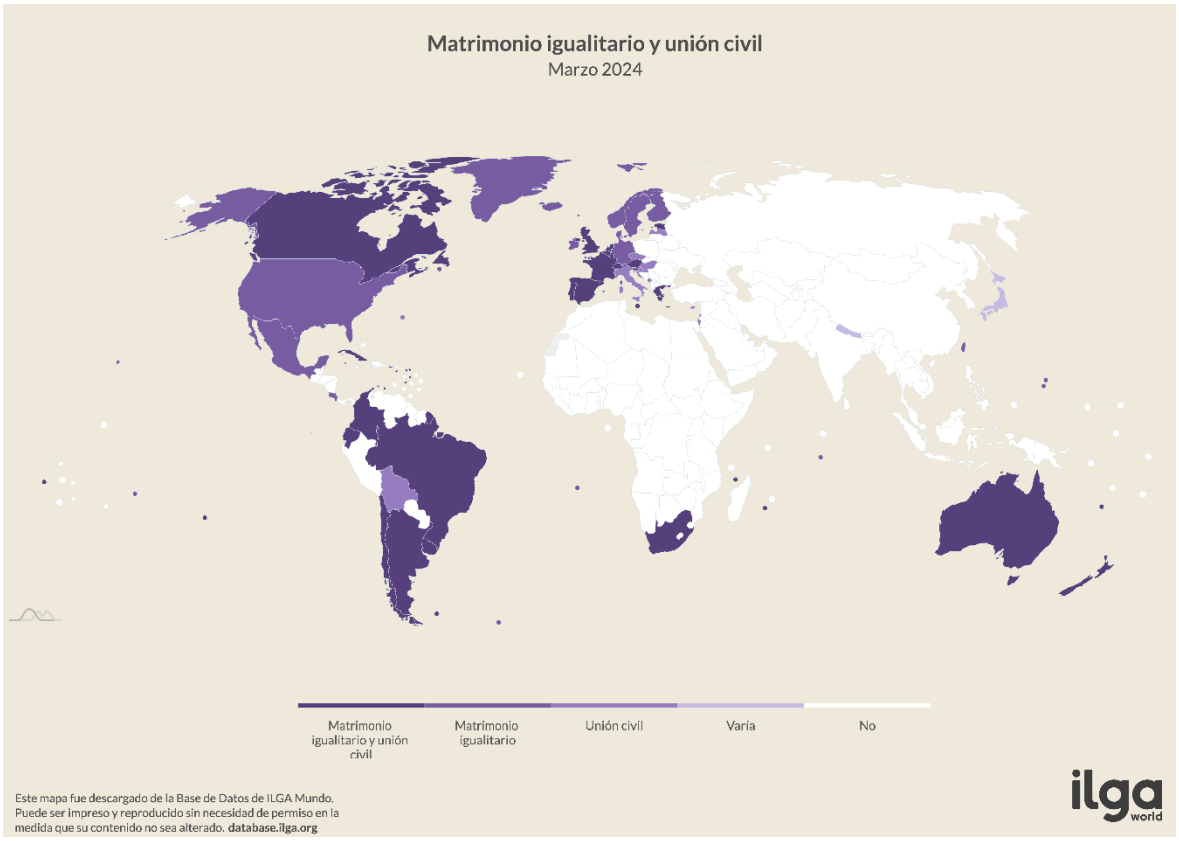
Los equipos de acompañamiento psicosocial de MdM observamos que las personas en tránsito migratorio y en desplazamiento forzado atraviesan por diferentes etapas en el proceso de integración en el país de acogida. En el caso de las personas LGBT+ que solicitan protección internacional, esas etapas interseccionan con las fases del sistema de asilo y de su propio proceso de afirmación de su identidad de género o de su orientación sexual, que en muchos casos no ha podido desarrollarse en el contexto hostil al respecto de sus países de origen. Estos impactos psicológicos pueden ir acompañados de diferentes experiencias traumáticas y tareas de duelo.

En este apartado, se reflexionará sobre el propio concepto de la protección internacional para personas LGBT+ y se revisarán algunas directrices del ACNUR, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2012, 2014) al respecto. Paralelamente, se realizará una aproximación al impacto psicológico del propio proceso de asilo y se indagará en distintas propuestas para la intervención psicológica y el acompañamiento psicosocial de las personas LGBT+ que solicitan protección internacional.

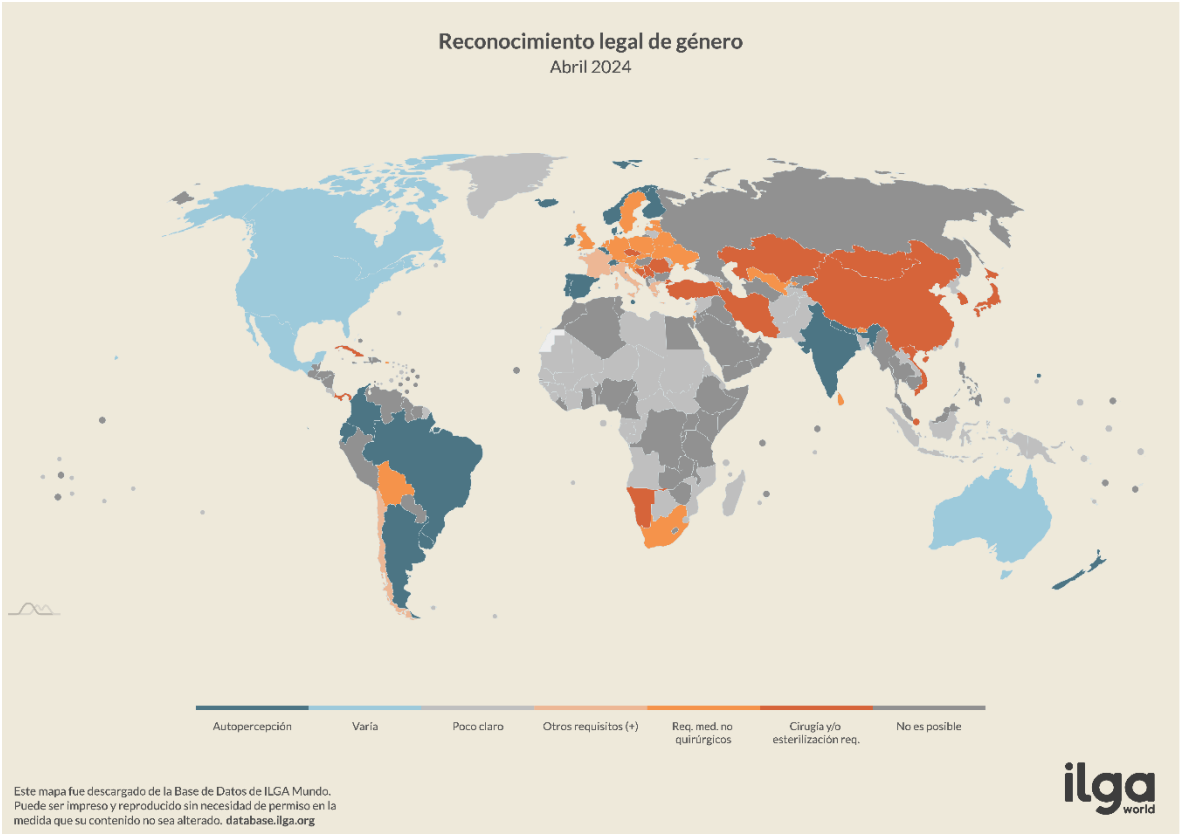
La situación de las personas LGBT+ en el mundo



Fuente de la imagen: ILGA World, 2024a.



Fuente de la imagen: ILGA World, 2024b.



Fuente de la imagen: ILGA World, 2024c.

Como se observa en los mapas, hay países que explícitamente criminalizan los actos sexuales consentidos entre personas adultas del mismo sexo. También se observa que hay países que cuentan con leyes de matrimonio igualitario y unión civil, así como leyes de reconocimiento legal de género.

Por completar la información y diversificar un poco las fuentes, aquí van algunos datos más. Tal y como reconoce el propio ACNUR (2014):

> *Está ampliamente documentado que en la mayoría de las regiones del mundo las personas LGBTI son blanco de homicidios, violencia sexual y de género, agresiones físicas, maltrato y tortura, detenciones arbitrarias, acusaciones de conducta inmoral, "desviada" o "antinatural", y de limitación, restricción o exclusión en goce de los derechos de reunión, de expresión y de información, entre otros. Igualmente, dichas personas son discriminadas en el acceso a derechos sociales como el derecho al empleo, al más alto nivel posible de salud y a la educación.*
>
> *(ACNUR, 2014, p. 2)*

Actualmente, según datos de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA World et al., 2020):

- Ser homosexual es ilegal en 67 países del mundo.

- En 11 países del mundo, muchas personas pertenecientes al colectivo LGBT+ se enfrentan, incluso, a la pena de muerte. En seis Estados miembros de las Naciones Unidad es legal este castigo en actos consensuales entre personas adultas del mismo sexo. Tal y como relata el informe, "[t]ambién hay otros cinco Estados Miembros de Naciones Unidas en los que ciertas fuentes indican que podría potencialmente imponerse la pena de muerte por actos sexuales consensuales entre personas adultas del mismo sexo, pero en los que hay menos certeza jurídica al respecto" (ILGA World et al., 2020, p. 27, negrita eliminada).

- En otros muchos las personas LGBT+ sufren presión, intolerancia y discriminación.

Viendo el panorama global, se podría plantear que lo obvio es que personas de los países que más criminalizan o discriminan al colectivo LGBT+ se desplazarán a países con legislaciones protectoras de la discriminación y que estos países las acogerán y otorgarán algún tipo de protección internacional sin mayor problema.

La realidad es que "[d]esafortunadamente, las personas LGBTI no siempre logran conseguir protección internacional bajo la figura del asilo u otras formas de protección internacional" (ACNUR, 2014, p. 3).

Los motivos pueden ser diversos:

- Dificultades para huir del país de origen.
- Imposibilidad de cruzar fronteras y por tanto acceder a un territorio seguro en el que pedir asilo.
- Dificultades en el propio proceso de asilo (entre estas dificultades se encuentran muchos factores de carácter psicosocial).

Por mencionar algunas de las situaciones, el ACNUR (2014) en sus directrices a los estados que podrían prestar algún tipo de protección internacional a las personas LGBT+ resalta que:

> *La intersección de factores que pueden contribuir y agravar los efectos de la violencia y la discriminación incluyen sexo, edad, nacionalidad, etnia/raza, condición social o económica y condición de VIH. Debido a estas múltiples formas de discriminación, las personas LGBTI son a menudo altamente marginadas de la sociedad y aisladas de sus comunidades y familias.*
>
> *Tampoco es raro que algunas personas alberguen sentimientos de vergüenza y/o homofobia internalizada. Debido a estos y otros factores, pueden sentirse inhibidos de informar a las personas encargadas de la toma de decisiones sobre el asilo que su temor real de persecución se relaciona con su orientación sexual y/o identidad de género.*
>
> *(ACNUR, 2014, p. 10)*

Antes de seguir avanzando, se sugiere reflexionar sobre el propio concepto de persona refugiada, que proviene de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados adoptada en 1951 (ONU, 1951) y que en el mundo occidental marca las legislaciones sobre protección internacional. Según la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (ONU, 1951), se reconoce la condición de "refugiado" a aquel que:

> *debido a fundados temores de ser perseguido por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de su país; o que careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores no quiera regresar a él.*
>
> *(ONU, 1951, p. 2)*

Aparte de destacar la falta de lenguaje inclusivo en la traducción, hay algunos puntos que conviene señalar:

- La base del propio concepto de protección internacional es ese 'temor fundado', traducible como 'miedo justificado', que me lleva a huir de mi país de origen buscando algún tipo de protección. El temor es un concepto psicológico o psicosocial que lleva a varias preguntas: ¿cómo se justifica el temor? ¿Cómo se demuestra? ¿Y si soy muy valiente?

- La pertenencia a 'un grupo social determinado' es el concepto en el que se sustentan la mayor parte de las solicitudes de protección internacional por razones de género o por pertenencia al colectivo LGBT+. Pero las personas marginadas, perseguidas o atacadas en sus países de origen por su orientación sexual e identidad de género, ¿se sentirán como parte de un 'grupo social'? Si la estrategia de supervivencia de toda su vida ha sido negar públicamente y a veces incluso cuestionarse íntimamente su propia identidad, ¿cómo dar el paso a 'demostrarla' en un proceso jurídico administrativo ante personas desconocidas de otra cultura?

¿Qué dificultades psicosociales pueden tener las personas LGBT+ al pedir asilo?

El propio ACNUR (2014) ha identificado las dificultades y las consideraciones específicas al respecto y se destacan a continuación aquellas con un componente más psicosocial:

> *17. La discriminación es un elemento común en las experiencias de muchas personas LGBTI. Como en otras solicitudes de la condición de refugiado, la discriminación será equivalente a la persecución en la medida en que la discriminación, de forma individual o acumulativa, resulte en consecuencias de naturaleza sustancialmente perjudicial para la persona en cuestión[referencia]. (...)*
>
> *33. Estar obligado a ocultar su orientación sexual y/o identidad de género también puede dar lugar a importantes daños psicológicos y de otra índole. Las actitudes, las normas y los valores discriminatorios y de desaprobación pueden tener un efecto grave en la salud mental y física de las personas LGBTI[referencia] y podrían, en determinados casos, dar lugar a una situación intolerable que equivale a persecución[referencia]. Los sentimientos de negación, angustia, vergüenza, aislamiento e incluso odio hacia sí mismos que pueden acumularse resultando en la incapacidad de ser abiertos respecto a su sexualidad o identidad de género son factores para considerar, incluso a largo plazo. (…)*
>
> *58. Las personas LGBTI requieren un ambiente de apoyo durante todo el procedimiento de la determinación de la condición de refugiado, incluyendo la selección previa, para que puedan presentar sus solicitudes plenamente y sin miedo. Un entorno seguro es igualmente importante durante las consultas con los representantes legales.*
>
> *59. La discriminación, el odio y la violencia en todas sus formas puede*

> *impactar negativamente en la capacidad del solicitante para presentar una solicitud. Algunas personas pueden estar profundamente afectadas por sentimientos de vergüenza, homofobia internalizada y trauma, y como consecuencia su capacidad de presentar su caso puede ser disminuida en gran medida. Si el solicitante está en proceso de aceptar su identidad o teme expresar abiertamente su orientación sexual e identidad de género, puede ser reacio a exponer la dimensión real de la persecución sufrida o temida[referencia]. En general no se deben hacer juicios negativos de alguien que no ha declarado su orientación sexual o identidad de género en la fase de selección o en las primeras etapas de la entrevista. Debido a su naturaleza a menudo compleja, las solicitudes basadas en la orientación sexual y/o identidad de género son generalmente inadecuadas para el procesamiento acelerado o la aplicación de conceptos de "país u origen seguro"[referencia].*
>
> *(ACNUR, 2014, p. 21, 27, 37)*

Recomendaciones del ACNUR (2014) con respecto a entrevistas de asilo con solicitantes LGBT+:

1. *Es fundamental que se propicie un ambiente abierto y tranquilo que permita establecer una relación de confianza entre el entrevistador y el solicitante, y que beneficie la comunicación sobre asuntos personales y sensibles. Al principio de la entrevista, el entrevistador debe asegurarle al solicitante que todos los aspectos de su solicitud serán tratados de manera confidencial[referencia]. Los intérpretes también están sujetos a la confidencialidad.*
   (ACNUR, 2014, p. 37)

2. *El entrevistador y el intérprete deben evitar expresar, sea verbalmente o por medio del lenguaje corporal, juicio alguno sobre la orientación sexual, la identidad de género, la conducta sexual o el patrón de relaciones del solicitante. (…) La sensibilización y la formación especializada son, por lo tanto, aspectos críticos para una determinación de la condición justa.*
   (ACNUR, 2014, p. 38)

3. *La capacitación especializada en los aspectos específicos de las solicitudes de la condición de refugiado de LGBTI es crucial para las personas encargadas de la toma de decisiones, entrevistadores, intérpretes, abogados y representantes legales.*
   (ACNUR, 2014, p. 38)

Según el último informe de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (Álvarez et al., 2023), el incremento de llegadas y solicitudes de asilo en España es tan notable que es razonable plantear que el sistema de citas de acceso al procedimiento para poder formalizar una solicitud de protección internacional, así como el propio sistema de acogida se encuentran en situación de saturación. En este escenario que es difícil tanto la detección como la incorporación de directrices más específicas se complican, es un escenario de crecimiento exponencial.

El sistema de acogida en España y las personas solicitantes por razones de género, orientación sexual o identidad de género

Una vez la persona solicita asilo en España tiene una serie de derechos y obligaciones (Ministerio del Interior, 2016).

Según el Ministerio del Interior (2016), las personas que solicitan protección internacional en España tienen los siguientes derechos:

> - *A permanecer en España hasta que se resuelva su solicitud, salvo reclamación de otro país de la Unión Europea o de un Tribunal Penal Internacional.*
> - *A permanecer en España hasta que se resuelva su solicitud, salvo reclamación de otro país de la Unión Europea o de un Tribunal Penal Internacional.*
> - *A ser asistido por un abogado, de forma gratuita si no puede pagarlo (Colegios de Abogados u ONG).*
> - *A la asistencia de intérprete en una lengua en que Usted pueda explicarse con facilidad.*
> - *A que su solicitud sea comunicada al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) en España.*
> - *A conocer el contenido del expediente en cualquier momento.*
> - *A ser documentado como solicitante de protección internacional.*
> - *A la atención sanitaria en caso de necesidad y recibir prestaciones sanitarias.*
>
> *(Ministerio del Interior, 2016, p. 3; negrita eliminada)*

Además, el Ministerio del Interior (2016) indica que las personas que solicitan protección internacional en España tienen las siguientes obligaciones:

> - *Colaborar con las autoridades españolas:*
>   - *Diciendo la verdad sobre su identidad presentando los documentos de identidad que tenga o, en su caso, justificando su falta.*
>   - *Explicando de forma detallada los motivos por los que solicita PI.*
> - *Presentar, lo antes posible, todos los elementos en que se apoye la solicitud.*
> - *Informar o comparecer ante las autoridades cuando sea requerido en relación con su solicitud, renovación de documentos, etc.*

> - *Informar sobre cualquier cambio de domicilio. Si no informa del cambio de domicilio no podrá recibir las comunicaciones relativas a su solicitud y podría dar lugar su archivo.*
> - *Proporcionar las impresiones dactilares.*
>
> *(Ministerio del Interior, 2016, p. 3; negrita eliminada)*

El sistema nacional de acogida es una competencia estatal que actualmente depende del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2023), antes Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Secretaría General de Inmigración y Emigración (2017).

> *Una vez la persona ha solicitado asilo, incluso sin esperar a la resolución del mismo, la persona tiene derecho a una serie de prestaciones sociales que se distribuyen en una serie de fases, cuyo objetivo es aportar un marco de seguridad y estabilidad a las personas mientras se estudia su expediente, detectar y atender los perfiles más vulnerables, y trabajar la autonomía y la integración de las personas que finalmente vayan a quedarse en el territorio.*
>
> *(Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones 2023)*

La propia Secretaría General de Inmigración y Emigración (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2017) reconoce ciertos perfiles de especial vulnerabilidad. Se tendrá en cuenta, por tanto, la situación específica de las personas vulnerables "tales como menores, menores no acompañados, personas con discapacidades, personas de edad avanzada, mujeres embarazadas, familias monoparentales con hijos menores, víctimas de trata de seres humanos, personas con enfermedades graves, personas con trastornos psíquicos y personas que hayan padecido torturas, violaciones u otras formas graves de violencia psicológica, física o sexual, como las víctimas de la mutilación genital femenina" (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Secretaría General de Inmigración y Emigración, 2017, p. 11, cursiva eliminada).

En el *Real Decreto 2020/2022, de 29 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula el sistema de acogida en materia de protección internacional* se indica en el art. 10:

> *1. La permanencia en el sistema de personas en situación de vulnerabilidad debe ir unida a una valoración específica de sus necesidades. Esta valoración se realizará de acuerdo con los criterios establecidos por la Secretaría de Estado de Migraciones y su gradación correspondiente, mediante la aplicación, por profesionales con capacitación específica, de indicadores relativos a la edad, el sexo, la discapacidad, la identidad de género, la orientación sexual, la situación familiar, el origen étnico, la nacionalidad, las condiciones en el país de origen u otros indicadores psicosociales y de relación con el entorno, y aquellos otros que determinen la existencia de una situación de excepcional vulnerabilidad y, en consecuencia, unas condiciones*

> *reforzadas de acogida.*
> *(Real Decreto 2020/2022, art. 10)*

El impacto del sistema de acogida y asilo en el colectivo LGBT+

La siguiente descripción del proceso de acogida está basada en la propia experiencia profesional.

Según el funcionamiento del sistema de acogida en España, la persona pasa por una acogida inicial, generalmente en un gran albergue o centro de acogida, donde con suerte, debido a la masificación de estos centros, podrá tener una valoración psicológica inicial.

Después pasaría a una **primera fase de acogida** donde:

- Se trasladará a un centro o piso de acogida gestionado por el propio Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, o por una ONG. En la mayor parte de los casos, cuando se trate de una vivienda, tendrá que convivir con personas desconocidas, asignadas de forma casi aleatoria por el propio Ministerio. Esta fase dura entre unos meses hasta cerca de 2 años, dependiendo de la resolución del expediente de asilo y dependiendo también de la vulnerabilidad de la persona, la manutención está cubierta y se cuenta con un equipo interdisciplinar que hará un acompañamiento y seguimiento personalizado con la persona. La intervención psicológica como tal suele empezar en esta fase. Además, los equipos psicológicos y jurídicos trabajan conjuntamente para reconstruir el relato de la persona y/o elaborar informes que avalen la solicitud de asilo, dado que especialmente en los casos más vulnerables, los expedientes que constan en la oficina de asilo son muy pobres. En el caso de que se produzca una denegación de la solicitud de protección internacional en esta fase, la persona pierde el derecho a todas estas prestaciones y en dos semanas deberá abandonar el recurso y buscar como subsistir en una situación de irregularidad.

- En la segunda fase, una vez concedida algún tipo de protección la persona continuará teniendo una serie de prestaciones económicas, pero deberá ser capaz de buscar una vivienda con el presupuesto asignado por el Ministerio. Las personas solas, por lo general, deberán buscar un piso compartido. El acompañamiento jurídico, social y psicológico continúa. Esta segunda fase dura aproximadamente un año, prorrogable en casos de especial vulnerabilidad.

Llegados a este punto es importante señalar, según la propia experiencia profesional, el alto nivel de incertidumbre intrínseca en las distintas fases y los impactos interseccionales que se suman a las situaciones en país de origen y en tránsito.

¿Qué dificultades plantea el programa de acogida para las personas LGBT+?

Conociendo el funcionamiento de este sistema, para reflexionar sobre impactos psicosociales es importante preguntarse:

¿Qué puede suponer para una persona LGBT+ recién llegada el no poder decidir con qué personas va a convivir?

¿Qué límites puede tener la intervención psicológica en un contexto como este?

En los últimos años el sistema de asilo a través de diversas ONG ha abierto plazas de acogida especializadas para el colectivo LGBT+, siguiendo lo establecido en el *Real Decreto 2020/2022, de 29 de marzo,* aun así, siguen siendo muy pocas a nivel estatal, en comparación con el crecimiento de solicitudes de asilo por razón de género o pertenencia a la comunidad LGBT+.

La saturación del propio sistema de acogida y la temporalidad del mismo hacen muy relevante la coordinación y el trabajo en red con el sistema público de salud y con entidades sociales y recursos comunitarios.

Necesidades detectadas y recomendaciones desde Médicos del Mundo

Médicos del Mundo España no trabaja hasta el momento gestionando plazas de protección internacional, pero sí interviene a nivel psicosocial con personas en tránsito (en contextos como Melilla o Canarias), y/o solicitantes de protección internacional que o bien están dentro del sistema de acogida o ya han salido de él encontrándose aún en situación de vulnerabilidad. En la intervención realizada con distintos perfiles de personas vulnerabilizadas (contextos de prostitución, personas sin hogar, personas migrantes en situación irregular), también se detectan casos que podrían ser susceptibles de solicitar protección internacional por razones de orientación sexual o identidad de género, pero por las múltiples barreras tanto psicológicas como de acceso a recursos no han podido hacerlo. Tal y como se refleja en el informe *Salud mental con población vulnerabilizada* (Grupo de trabajo y equipo de intervención en Salud Mental y acompañamiento psicosocial de MDM, 2022a) y en la *Guía Metodológica de acompañamiento psicosocial y atención en salud mental con población vulnerabilizada* (Grupo de trabajo y equipo de intervención en Salud Mental y acompañamiento psicosocial de MDM, 2022b) y partiendo de la propia experiencia profesional en acciones de intervención directa en salud mental y apoyo psicosocial, algunos de los impactos que se vienen detectando en estas personas son:

- Desgaste derivado de *"repetir su historia una y otra vez y con riesgo de sufrir revictimización"*, pero paradójicamente con *"la necesidad de tener un espacio seguro en el que ser escuchadas y no juzgadas"*.
- *"Personas con perfiles muy resilientes, (…) pero con baja percepción de sus propias fortalezas"*.
- *"Aislamiento social"* (excepto en personas que ya tenían contacto con colectivos de apoyo LGBT+ en el país de acogida).
- *"Altos niveles de ansiedad, trastornos adaptativos, estado de ánimo depresivo"*.
- *"Duelos migratorios complicados, cuyos ritmos no coinciden con los tiempos"* que establece el programa de acogida e integración.
- Secuelas de experiencias traumáticas vividas en origen y tránsito. Trauma complejo, sobre todo en personas con un índice muy alto de *"secuelas de violencia de género de todo tipo en el caso de las mujeres"*.
- Adicciones, más frecuentes en hombres, como uso y abuso de alcohol y cannabis.
- Sobremedicación (adicciones a psicofármacos obtenidos en el mercado negro, sobre todo en la ruta migratoria africana).
- Personas que viven con una gran incertidumbre respecto a su situación administrativa.
- Múltiples problemas de salud física que no han sido tratados hasta el momento, incluidas enfermedades como el VIH, o problemas ginecológicos derivados de la mutilación genital femenina (MGF).
- Mujeres subsaharianas, alguna de ellas LGBT+, que hayan sido víctimas de una mutilación genital femenina e incluso al planchado de pechos, y/o hayan sido sometidas a matrimonios forzosos y violaciones múltiples durante el viaje.
- Mujeres de diversas procedencias que han sido captadas de forma involuntaria en una red de trata de seres humanos con fines de explotación sexual. En algunos casos estas personas han podido incluso pasar por el sistema de acogida sin que se las haya podido identificar como víctima de trata de seres humanos (VTSH). En estos casos lejos de encontrar protección, los peligros se incrementan al llegar al país de acogida.

(Grupo de trabajo y equipo de intervención en Salud Mental y acompañamiento psicosocial de MDM, 2022b, p. 25)

Dado este escenario, se pueden plantear las siguientes recomendaciones, basadas en recomendaciones aportadas en la *Guía Metodológica de acompañamiento psicosocial y atención en salud mental con población vulnerabilizada* (Grupo de trabajo y equipo de intervención en Salud Mental y acompañamiento psicosocial de MDM, 2022b) y la propia experiencia profesional:

- *"Trabajar en red y conocer recursos comunitarios: Es imprescindible establecer mecanismos de coordinación, tanto con el sistema público de salud, como con el tejido social del territorio donde las personas en situación de vulnerabilidad necesitan establecer lazos comunitarios".* Los equipos psicosociales del propio sistema de acogida y asilo realizan un gran trabajo donde recogen información muy relevante, pero el alcance de su intervención es lógicamente limitado, por lo que es importante la coordinación con entidades de apoyo, tejido social LGBT+ e incluso el propio ACNUR, para coordinar la respuesta ante casos de especial vulnerabilidad.

- *"Identificar factores de resiliencia: Desde un enfoque psicosocial es importante ser conscientes, no solo de los posibles impactos traumáticos que las poblaciones vulnerabilizadas pueden presentar, si no, sobre todo, de los factores de resiliencia: lo les permite seguir adelante y podemos reforzar desde la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial. Dichos factores, en muchos casos, están ligados al contexto social, al apoyo percibido y también a estrategias más individuales a nivel tanto de pensamiento como de conducta".* Una persona capaz de abandonar su país y su entorno seguro para poder vivir libremente su identidad de género o su orientación afectivo-sexual ya demuestra unas enormes habilidades de afrontamiento que las intervenciones deberían poder reforzar.

- *"Ampliar la mirada, tener en cuenta el contexto: Hay muchos motivos detrás de la falta de adherencia al tratamiento".* Encontrar un marco de confianza en el que expresar situaciones íntimas y ligadas a la propia identidad por las que la persona ha podido ser perseguida o juzgada toda su vida es una situación muy delicada. *"Para muchas personas vulnerabilizadas, la confianza en personas e instituciones está dañada por malas experiencias previas". "En muchos casos, además, al tratar de acceder a servicios sociales o sanitarios se enfrentan al estigma, a determinados prejuicios y a un importante desconocimiento de los condicionantes del contexto por parte de algunos/as profesionales".* Es importante incorporar un enfoque sensible al trauma y a las interseccionalidades que atraviesan a las personas en esta situación.

- "*Objetivos realistas teniendo en cuenta el contexto: De cara a plantear los objetivos de la intervención es importante tener en cuenta el contexto, que muchas veces es extremo, cambiante y revictimizador".*

- *"Atención individualizada: Sea cual sea el tipo de programa, proyecto o servicio que enmarca la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial, los protocolos rígidos no sirven de mucho y menos trabajando con personas expuestas a múltiples violencias. Solo individualizando al máximo posible la intervención es posible ofrecer un acompañamiento, sensible al trauma, con una mirada sensible a la diversidad cultural y con un enfoque de género y de Derechos Humanos".* Ya se ha visto que una persona refugiada por razones de orientación sexual o identidad de género en muchos pasos pasa por distintos organismos, recursos y entidades de apoyo, cada cual con sus propias prioridades. No debería exigirse a estas personas una adaptación constante a distintos planteamientos de intervención, sino tratar mediante la personalización y la coordinación constante de ofrecer caminos de acompañamiento centrados y adaptados a la realidad de cada persona.

- *"Creación de vínculos seguros, confidencialidad y comprensión: La confianza en los demás y la capacidad de vincular de forma sana y auténtica es lo primero que se deteriora en personas expuestas a múltiples violencias, discriminaciones y estigma. De esta manera la desconfianza, e incluso la 'ocultación' de información relevante y sensible, puede haber sido una estrategia adaptativa de supervivencia durante un tiempo incluso prolongado"* para las personas que solicitan asilo por pertenecer al colectivo LGBT+. *"Para un acompañamiento verdaderamente terapéutico, es indispensable trabajar con paciencia y delicadeza la vinculación, abriendo espacios donde la persona pueda volver a atreverse a confiar y recupere la capacidad de establecer vínculos seguros imprescindibles tanto para el trabajo terapéutico como para poder avanzar en cualquier proceso de integración social. Para ello, la escucha, los tiempos incluso los espacios en los que se interviene deben ser cuidados con mucho mimo".*

- *"Facilitar la generación de espacios informales y grupales: Romper con el aislamiento y la sensación de incomprensión, mejorar las habilidades sociales, fomentar la resiliencia a través de la sensación de pertenencia, son aspectos que tiene mucho más sentido abordar a través del trabajo grupal. Sea un grupo más dirigido, con un contenido más terapéutico o, por el contrario, más espontáneo, en todos los casos la participación en acciones grupales debe ser valorada caso a caso, debe ser voluntaria y los grupos deben ser espacios seguros a todos los niveles".* En muchas regiones el tejido asociativo LGBT+ facilita estos espacios.

- *"Contar con figuras de mediación intercultural: La mediación intercultural es una herramienta imprescindible para garantizar un acceso real a los recursos de salud mental de la población de orígenes diversos. Pero su papel puede ir mucho más allá. Mejora el conocimiento de la concepción de la salud mental en distintos contextos culturales para las personas intervinientes, reduce la barrera cultural en el acompañamiento y garantiza una intervención con enfoque antropológico. El reto es poder ir incorporando esa figura, en los distintos servicios públicos y del tercer sector y que puedan especializarse, en aspectos específicos del trabajo en salud mental y acompañamiento psicosocial".* Es muy complicado y delicado cuando se trata de colectivos minoritarios con idiomas poco frecuentes en el país de acogida. Para las personas que huyen de un contexto cultural opresor, aunque es imprescindible al inicio la figura de mediadores y/o intérpretes, es importante tener en cuenta que la presencia en las intervenciones de alguien que representa 'su país de origen', sin conocer el posicionamiento de esa persona puede tener un papel desestabilizador que hay que tratar de minimizar en la medida de las posibilidades.

- *"Revisar prejuicios no imponer una visión occidentalizada de la salud mental",* la identidad de género y la orientación afectivo-sexual: *"Puede parecer lo más obvio, pero también es lo más complejo. Requiere un gran trabajo interno de humildad cultural y profesionalidad, por un lado, y por otro ser capaces de optimizar los aprendizajes previos del trabajo en distintos contextos y con distintos colectivos, pero sin caer en generalizaciones y resistiendo la tentación de 'poner el automático' dejándose arrastrar por el etiquetaje social o cultural a la hora de acompañar el proceso de una persona".*

- *"Formarse en competencias culturales":* Es imprescindible conocer los valores culturales de las personas cuyos procesos acompañamos, incluso

> aquellos valores que en el caso de personas refugiadas por razones de orientación sexual o identidad de género pueden estar detrás de la opresión sufrida, porque muchos de ellos pueden estar interiorizados. Solo podemos garantizar el derecho a la salud en general y a la salud mental en particular si los sistemas de salud son competentes a nivel cultural. *"En los puntos anteriores ya se señalan algunas estrategias para caminar en esa dirección",* destacando una vez más la importancia del trabajo en red. *"Todo esto partiendo de hacerse las preguntas adecuadas sobre la influencia de la cultura en el sufrimiento de la persona y en el trabajo de los y las profesionales en cada caso concreto. (…) En cualquier caso, debemos partir de la premisa, de que la salud mental es un derecho y a su vez el hecho de que otros derechos básicos no estén garantizados tiene un impacto negativo en la salud mental". "La población vulnerabilizada"* en general, y específicamente las personas que huyen de su país por persecuciones vinculadas a la orientación sexual o identidad de género, *"despliegan múltiples estrategias de supervivencia y reajuste para sobrevivir, también emocionalmente, en un entorno muchas veces hostil. Intervenir en este ámbito implica también reconocer la necesidad de trabajar también con Titulares de Obligaciones y de Responsabilidades, es decir sensibilizando y formando a personas intervinientes y también promoviendo y reclamando derechos en cualquier instancia pertinente, no dejando nunca de visibilizar las realidades menos amables y a veces menos visibles"* que afectan a este colectivo.
>
> *(Grupo de trabajo y equipo de intervención en Salud Mental y acompañamiento psicosocial de MdM, 2022b, p. 70-72; negrita eliminada)*

Claves y recomendaciones

Almudena Millán Carrasco

En este apartado se resumen las principales claves o elementos de la situación, mencionados en este capítulo, que pueden afectar a la salud mental de personas que se ven obligadas a desplazarse de su país de origen y solicitar asilo o protección internacional por amenazas para su seguridad e integridad física. También se resumen las principales recomendaciones que las y los autores señalan.

Los elementos de la situación específicos, que se suman a los que afectan a la población migrante en general (aculturación, soledad, falta de redes de apoyo familiar, duelo por la pérdida de personas, lugares de origen…) por su posible influencia en la salud mental de este colectivo, son:

El hecho que motiva la solicitud de asilo o protección internacional

Los recuerdos traumáticos ligados a la guerra, la persecución, la violencia, la extorsión… que motivan la salida del país de origen constituye en sí mismo un factor de riesgo para la salud mental. Además, las personas en desplazamiento forzado pueden haber sufrido en primera persona detenciones arbitrarias, tortura y trato degradante en sus países de origen antes de emprender el exilio. A ello se une también el miedo por la seguridad de seres queridos que se quedan en el país de origen en esas situaciones de represión, violencia, etc.

Rutas migratorias largas y peligrosas

La salida del país de origen puede ser incluso más complicada y precaria que para el resto de migrantes (largas caminatas o transporte en vehículos sin condiciones mínimas, alojamientos precarios, falta de descanso, escasa o inadecuada alimentación, abuso y extorsión por parte de traficantes, humillaciones, robos, agresiones, abuso sexual, etc.) Además, las personas en desplazamiento forzado han de enfrentar dificultades extra para sortear los controles de salida del país de origen.

Centros de tránsito deficitarios

La mayoría no cumplen los estándares mínimos para cubrir las necesidades de las personas. Una larga permanencia en estos alojamientos supone un estrés añadido al proceso migratorio.

Condiciones de acogida inicial en el país receptor

Programas de acogida mal estructurados, centros de acogida sobresaturados…

Demoras en el proceso de solicitud de asilo o protección internacional

Estos procesos se demoran años y permiten que la persona trabaje en un proceso de asentamiento en el país de recepción que, en la mayoría de los casos, acaba en rechazo de la solicitud. La incertidumbre durante el tiempo de resolución y las opciones tras el rechazo son un fuerte estresor vital. El rechazo de estas solicitudes lleva a las personas a una situación de 'irregularidad sobrevenida' que le impide trabajar y acceder a las ayudas públicas y las aboca a aceptar trabajos sin contrato o infravivienda.

En el capítulo se señala como otros factores de vulnerabilidad (edad, discapacidad, origen étnico, situación administrativa irregular, sinhogarismo…) interseccionan con la situación de persona migrante solicitante de asilo o protección internacional como condicionantes de su salud y de su salud mental. Uno de los factores relevantes tiene que ver su género, orientación sexual o identidad de género. En estos casos hay algunos estresores o factores de riesgo específicos como:

Haber sufrido algún tipo de violencia basada en el género tanto en el país de origen como durante el tránsito

Desde la negación de algunos derechos humanos básicos (detenciones arbitrarias, acusaciones de conducta inmoral, limitación de los derechos de reunión, expresión, información, empleo, etc.) a situaciones de violencia física (agresiones físicas, tortura, víctimas de una mutilación genital femenina o planchado de pechos,…), psicológica (matrimonios forzosos…) o sexual (abusos sexuales, violaciones, trata…) por el hecho simple hecho de ser mujeres o de no responder a normas sexuales y de género. Es el caso de personas con detenciones o incluso castigos de pena de muerte por conducta considerada 'desviada', 'inmoral' o 'antinatural' relacionada con tener una orientación sexual o identidad de género distintas.

Procesos que retrasan la solicitud de protección por razón de género

La normalización de la situación de violencia, sentimientos de negación, vergüenza (ej. homofobia o transfobia internalizadas), culpabilidad por el proceso vivido… pueden llevar a no tener conciencia de que el motivo de migración de su país de origen tiene que ver con un miedo justificado a las consecuencias de sufrir persecución o discriminación por motivo del género, orientación sexual o identidad de género.

Los propios sentimientos de negación, angustia, vergüenza, aislamiento e incluso odio hacia la propia persona

Estos sentimientos que pueden contribuir a que las personas LGBT+ en desplazamiento forzado sean incapaces de ser abiertas respecto a su sexualidad o identidad de género son factores que pueden afectar a su salud mental a largo plazo.

Ser víctimas de redes de explotación sexual

Las mujeres y personas LGBT+ sufren también un mayor riesgo de ser víctimas de redes de trata o explotación sexual. El estar bajo estas redes significa vivir situaciones de miedo, coacción, violencia… ya no en el país de origen sino también en el de destino. También implica importantes dificultades para poder denunciar la situación y gestionar su situación administrativa.

En cuanto a cómo impactan en la salud mental estos factores que rodean la situación de solicitud de asilo o protección internacional en el capítulo se mencionan diversas formas entre las que caben destacar:

- Secuelas de experiencias traumáticas vividas en origen y tránsito.
- Desgaste derivado de repetir los hechos traumáticos que motivan su solicitud una y otra vez y con riesgo de sufrir revictimización.
- Personas con baja percepción de sus propias fortalezas por la victimización a que han sido sometidas.
- Desesperanza, dificultad para dormir, fatiga, irritabilidad, ira, ansiedad, problemas adaptativos, estado de ánimo depresivo. En los casos más graves ansiedad, síntomas somatomorfos, depresivos o estrés postraumático.
- Duelos migratorios complicados.
- Adicciones, más frecuentes en hombres, como uso y abuso de alcohol y cannabis.
- Sobremedicación.

Sobre recomendaciones para cuidar la salud mental de las personas en busca de asilo o protección internacional, en el capítulo se pueden resaltar las siguientes:

Acciones que mejoren las situaciones de tránsito	Abogar para que los principales Estados por los que transitan las personas que llegan a España solicitando asilo proporcionen los servicios básicos, hacer labores de concienciación social para evitar el rechazo a estas personas, denunciar las violaciones de derechos, facilitar servicios de protección de menores o víctimas de violencia de género u ofrecer una 'primera ayuda psicológica' (abordaje del trauma, duelo o gestión de las alteraciones conductuales, terapias breves, o diagnóstico y derivación a los servicios de salud mental).
Mejorar los mecanismos de protección	Reducir los tiempos de resolución de las solicitudes de asilo o protección internacional, abogar por mecanismos ágiles de protección en casos de contingentes esperados de gran tamaño (ej. guerra de Ucrania). Apoyo a colectivos 'vulnerabilizados' (contexto de prostitución, personas sin hogar, migrantes en situación irregular) y a tomar conciencia de situaciones susceptibles de solicitud de protección internacional (por razón de género, orientación sexual o identidad de género...).
Cuidar los programas de acogida en el país receptor	Elaborar o colaborar con planes contextualizados culturalmente, adaptándose a las necesidades de las personas usuarias y potenciando la participación activa de las personas migrantes, su entorno y otras entidades que intervienen con ellas, sobre todo en casos de mayor vulnerabilidad (personas LGBT+, violencia de género, abuso sexual, adicciones, personas menores de edad, problemas de salud mental de mayor gravedad...).
Ofrecer apoyo tras la salida de los centros de acogida	Apoyar a las personas en el acceso a un empleo, vivienda, al idioma y comprensión del contexto cultural del país receptor, informar sobre los recursos sociales y derechos, abogar por sus derechos y por la garantía del acceso universal a servicios públicos, hacer labores de concienciación social contra el rechazo a estos colectivos y por la convivencia inclusiva y diversa.

Atención a las situaciones de especial riesgo	Generar espacios y vínculos seguros de escucha activa, respeto, confidencialidad y comprensión que les permitan a las personas en desplazamiento forzado compartir sus problemas (especialmente en los colectivos más vulnerables) y orientar intervenciones psicosociales dirigidas a mejorar las fortalezas y resiliencia de la persona y a buscar recursos en el entorno tanto sociales como jurídicos, clínicos, etc.
Accesibilidad a los servicios de salud mental	Reivindicar servicios de mediación intercultural, servicios de traducción, materiales de evaluación / intervención validados para los grupos culturales más presentes en la zona, formación a los y las profesionales de estos servicios en competencia intercultural y otros aspectos de las personas en desplazamiento forzado a las que atienden, revisando prejuicios para no imponer una visión occidentalizada de la salud mental.

Referencias

ACNUR, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2012). *Directrices sobre Protección Internacional N° 9: Solicitudes de la condición de refugiado relacionadas con la orientación sexual y/o la identidad de género en el contexto del artículo 1A (2) de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y/o su Protocolo de 1967.* ACNUR.

ACNUR, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2014). *La protección internacional de las personas LGBTI: Solicitudes de la condición de refugiado basadas en la orientación sexual y/o la identidad de género.* ACNUR.

ACNUR, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2023a). *Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2022*. ACNUR.

ACNUR, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2023b). Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2022. Copenhague. Dinamarca: ACNUR.

Álvarez, C., Cana, R., Díaz, N., Favieres, P., Ferré, N., Galán, E., Hernández, L., Hernández, M., López, M. (Coord.), Díez, Á., Díaz, N., Durá, J., Favieres, P., Ferré, N., García, M.J., Herández, L., Iglesias, E., Llonch, M., López, M., et al. (redacción) (2022). *Informe 2022: Las personas refugiadas en España y Europa.* CEAR, Comisión Española de Ayuda al Refugiado.

Álvarez, C., Sánchez-Calero, C., Muñoz E., Galán, E., Hernández, L., López, M., Díaz, N., Cana, R., Laorden, V. (Coord.), Sánchez-Calero, C., Iglesias, E., Muñoz, E., Durá, J., Lorenzo, J.C., Fernández, J., Hernández, L., Navarro, L., Sevillano, M., Llonch, M., et al. (Redacción). (2023). *Informe 2023: Las personas refugiadas en España y Europa.* CEAR, Comisión Española de Ayuda al Refugiado.

Angora Cañego, R. (2016). Trauma y estrés en población refugiada en tránsito hacia Europa. *Clínica Contemporánea, 7*(2): 125-136. doi: 10.5093/cc2016a10.

Angora Cañego, R. (2017). Trauma en la población refugiada durante la ruta migratoria hacia Europa. En AEN, Asociación Española de Neuropsiquiatría y AMSM, Asociación Madrileña de Salud Mental (Eds.). *Comunicaciones libres. Sujet_s a lo social. XXVII Jornadas Estatales de Salud Mental AEN, XXII Jornadas de la AMSM* (pp. 63-69). AEN, AMSM.

Angora Cañego, R. (2020). Quiebra psicológica y conducta autolítica en los movimientos migratorios forzados. *RIECS, Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud 5*(1), 11-14.

CEAR, Comisión Española de Ayuda al Refugiado. (2023). *España tercer país con más solicitudes de asilo y tercero con menor reconocimiento de la UE.* [Nota de prensa online, 13/03/2023]. CEAR.

Consejo de Europa. (2001). *Directiva 2001/55/CE del Consejo de 20 de julio de 2001 relativa a las normas mínimas para la concesión de protección temporal en caso de afluencia masiva de personas desplazadas y a medidas de fomento de un esfuerzo equitativo entre los Estados miembros para acoger a dichas personas y asumir las consecuencias de su acogida.*

COPM, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2016). *Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados.* COPM.

Cruz Roja Española. (2020). *Protocolo interno de actuación de los equipos de Asistencia Psicológica del Programa de Personas y Beneficiarias de Protección Internacional* [Documento de uso interno]. Cruz Roja Española.

Cruz Roja Española. (2023). *Atravesando fronteras, abriendo puertas, cerrando heridas: un proceso dialógico sobre la migración forzosa y la salud mental y psicosocial de las personas que llegan a Andalucía, España.* Cruz Roja Española.

Eassa, A. (2023). Chad recibe a casi medio millón de sudaneses que huyen de la guerra: “Estos campos no están preparados para acoger a todos los refugiados”. *El País, Planeta Futuro,* 6 de octubre 2023.

Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. (2009). *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento marco. Violencia en el ámbito familiar y de la pareja.* Generalitat de Catalunya.

Grupo de trabajo y equipo de intervención en Salud Mental y acompañamiento psicosocial de MdM. (2022a). *Salud Mental en población vulnerabilizada.* Médicos del Mundo.

Grupo de trabajo y equipo de intervención en Salud Mental y acompañamiento psicosocial de MdM. (2022b). *Guía metodológica: Acompañamiento psicosocial y salud mental con población vulnerabilizada.* Médicos del Mundo.

García, L.C., Rodríguez, A.P. y Fernández, M.D.R. (2021). Atención psicológica en centros de acogida. En M.M. Jiménez Lasserrotte y M.D. Ruíz Fernández (Eds.), *Atención a las personas migrantes, de cerca* (pp. 183-194). Edual, Editorial Universidad de Almería.

García-Mora, M.E., Cingolani, C. y Pérez Prieto, L. (2022). *Las invisibles de los asentamientos chabolistas.* MZC, Mujeres en Zona de Conflicto.

Iglesias, J., Urrutia Asua, G., Buades Fuster, J., Estrada, C. y Vicente, T. (2018). *¿Acoger sin integrar? El sistema de acogida y las condiciones de integración de personas solicitantes y beneficiarias de protección internacional en España.* Universidad Pontífica de Comillas, Cátedra de Refugiados y Migrantes Forzosos; Universidad de Deusto, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe; Servicio Jesuita a Migrantes España.

ILGA World, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, Mendos, L.R., Botha K., Carrano Lelis, R., López de la Peña, E., Savelev, I. y Tan, D. (2020). *Homofobia de Estado 2020: Actualización del Panorama Global de la Legislación.* ILGA World.

ILGA World, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. (2024a*). ILGA World database. Criminalización de actos sexuales consensuales. Marzo 2024.* ILGA World.

ILGA World, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. (2024b). *ILGA World database. Matrimonio igualitario y unión civil. Marzo 2024.* ILGA World.

ILGA World, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. (2024c). *ILGA World database. Reconocimiento legal de género. Marzo 2024.* ILGA World.

Kartal, D. y Kiropoulos, L. (2016). Effects of acculturative stress on PTSD, depressive, and anxiety symptoms among refugees resettled in Australia and Austria. *Eur J Psychotraumatol, 7,* 28711. doi: 10.3402/ejpt.v7.28711

Martínez, M.F. y Martínez García, J. (2018). Procesos migratorios e intervención psicosocial. *Papeles del Psicólogo, 39*(2), 95 – 107.

McAuliffe, M. y Triandafyllidou, A. (Eds.). (2023). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022.* OIM, Organización Internacional para las Migraciones.

MdM, Médecins du Monde. (2016). *Réseau International Rapport de l'Observatoire 2016 : L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays.* MdM.

MdM, Médicos del Mundo. (2022). *Vidas, travesías y experiencias migrantes. El retorno forzado en el Norte de Centroamérica desde un enfoque de derechos humanos y protección.* MdM.

MdM, Médicos del Mundo. (2023). *Pilotaje de la ruta de mecanismos de respuesta en salud mental para personas desplazadas internas y retornadas forzadas.* MdM.

Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Secretaría General de Inmigración y Emigración. (2017). *Sistema de acogida e integración para solicitantes y beneficiarios de protección internacional. Manual de gestión.* Gobierno de España.

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2023). *Sistema de Acogida de Protección Internacional y Temporal.* Gobierno de España.

Ministerio del Interior. (2016). *Información para los solicitantes de protección internacional en España: derecho de asilo y protección subsidiaria.* Gobierno de España.

Ministerio del Interior. (2023). *Avance trimestral de datos de protección internacional acumulados a 31 de diciembre de 2022.* Gobierno de España.

Mugarik Gabe. (2017). *Flores en el Asfalto. Causas e impactos de las violencias machistas en las vidas de mujeres víctimas y sobrevivientes.* Mugarik Gabe.

MZC, Mujeres en Zona de Conflicto. (2024). *Quiénes somos.* https://www.mzc.es/quienes-somos/

OIM, Organización Internacional para las Migraciones. (2022). *Informe sobre las migraciones en el mundo.* OIM.

OIM, Organización Internacional para las Migraciones. (2024). *Proyecto Migrantes Desaparecidos.* OIM.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud de los refugiados y migrantes, 2 de mayo de 2022.* OMS, Centro de Prensa.

ONU, Organización de las Naciones Unidas. (1951). *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados.* Nueva York: ONU.

ONU, Organización de las Naciones Unidas. (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995.* ONU.

ONU, Organización de las Naciones Unidas. (2024). *Campaña ONU Libres e Iguales. Ficha informativa Refugio y asilo.* ONU.

Pérez Sales, P. (2004). *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción.* Desclee De Brower.

Pérez Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas.* Desclee de Brouwer.

Red Soma&Psy, Red de profesionales que trabajan para la integración de la atención en salud mental, Osorio, Y., Hernández, I., Sanchis, X., López, J. y Guiteras, C. (2016). *Recomendaciones para una atención eficiente en salud mental a las personas solicitantes de asilo. Contenidos, conocimiento y comunicación.* Red Soma&Psy.

Retamozo Quintana, T. (Coord.) y Monteros Obelar, S. (Investigación y redacción). (2019). *Mujeres migrantes víctimas de violencia de género en España. Documento de análisis en el marco de la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género.* AIETI, Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanas; Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Retamozo Quintana, T. (Coord.), Monteros Obelar, S. y Eijo Mejuto, A. (Equipo de investigación). (2020). *Mujeres migrantes víctimas de violencia de género en España. Segundo informe. Documento de análisis cuantitativo.* AIETI, Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanas; Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Sayed-Ahmad Beiruti, N. (Coord.), Fernández Regidor, G., García de Sola Márquez, A., García López, D., Gutiérrez Moreno, S., Jiménez Casado, C., Parra Parra, A. y Río Benito, M.J. (Grupo de Trabajo "Inmigración y Salud Mental") (2012). *Programa de Atención a Población Inmigrante en Salud Mental (PAPI-SM).* Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud.

SIPRI, Stockholm International Peace Research Institute. (2022). *SIPRI Yearbook 2022. Armaments, Disarmament and International security.* Oxford University Press.

Claves y recomendaciones para la atención en salud mental de personas migrantes y en desplazamiento forzado

Almudena Millán Carrasco, Amets Suess Schwend y Nabil Sayed-Ahmad Beiruti

Las personas autoras de esta monografía han contribuido con experiencias y reflexiones teóricas desde contextos profesionales diversos (atención en salud, atención social, educación e investigación).

A lo largo de la monografía, el equipo de autores y autoras realiza un **análisis de la situación** actual de migración en España. Coinciden en la idea de que la **migración** no es un problema, sino un hecho y una **oportunidad** tanto para las personas que migran como para las sociedades receptoras. Al mismo tiempo, identifican circunstancias sociales y personales adversas, así como prejuicios y tensiones sociales en los países de partida, el trayecto migratorio y los países de acogida que pueden incidir negativamente en la salud mental y el bienestar de las personas migrantes y en desplazamiento forzado. Describen aspectos compartidos y diferenciados en la experiencia de personas que migran por razones personales o económicas y personas que se encuentran en situación de desplazamiento forzado. Además, revisan la situación de grupos de población en situación de especial vulnerabilidad, entre ellas mujeres, personas LGBTI+, así como niñas, niños y adolescentes. A su vez señalan **recomendaciones** sobre cómo pueden profesionales de distintos ámbitos de atención a personas migrantes **cuidar y/o atender la salud mental de personas migrantes y en desplazamiento forzado.**

Antes de comenzar a desglosar las principales claves de análisis de la situación y recomendaciones para cuidar de la salud mental de las personas migrantes y en desplazamiento forzado es importante señalar **recomendaciones generales** para **el cuidado de la salud** en esta población:

- Promover el acceso a empleo, vivienda, educación y salud.

- Facilitar el acceso a la obtención de visados y el trámite de solicitud de asilo o de protección internacional en los consulados en los países de origen o en la ruta migratoria.

- Fomentar la disponibilidad de servicios de interpretación y traducción.

- Facilitar la disponibilidad de servicios de mediación intercultural.

- Adaptar materiales informativos y materiales de evaluación / intervención validados a la situación de los grupos culturales más presentes en la zona.

- Promover la formación de profesionales de los sistemas públicos de salud, de las fuerzas de seguridad del Estado y de los medios de comunicación en competencia intercultural y en procesos de solicitud de protección internacional.

- Ofrecer oportunidades de supervisión continuada para reflexionar sobre dificultades y sesgos en la propia práctica profesional.

Vistas las recomendaciones generales pasamos a resumir las indicaciones de autores y autoras de esta monografía sobre principales **claves** de análisis de la **situación** y **recomendaciones** sobre cómo intervenir en **salud mental** con población migrante y en desplazamiento forzado para agentes que trabajan en distintos ámbitos.

- La **actitud de acogida** de una sociedad a una persona migrante es clave para que la interculturación (intercambio cultural complementario entre las personas migrantes y la sociedad receptora, en condiciones de igualdad y respeto mutuo) sea asumida con naturalidad por cada sujeto y por la sociedad. La imposición del marco de la sociedad receptora y/o el rechazo del marco de origen de las personas migrantes puede generar conflictos. La labor de profesionales de salud, agentes sociales y las ONG consiste en **apoyar a las personas migrantes,** mejorando el **proceso de acogida** y **abogando por una sociedad más inclusiva**. Cobra importancia trabajar con la mirada puesta en la eliminación de barreras estructurales, poniendo el foco en la contribución de las personas migrantes y en desplazamiento forzado, no en sus debilidades y carencias y evitando (con una actitud solidaria, no sobreprotectora) la (auto)victimización y (auto)estigmatización.

- Los individuos están inmersos en **redes** familiares, sociales y culturales transnacionales que les prestan apoyo y contención. En la situación de migración estos vínculos pueden debilitarse. Por eso se considera muy importante **trabajar en red** y reconocer los **recursos comunitarios**. Es conveniente movilizar el papel 'acomodador' de las instituciones públicas y privadas de la **sociedad receptora**. También es importante potenciar la acogida, el apoyo, la solidaridad y la orientación que realiza el **colectivo de migrantes de su propio país**, por su capacidad para generar vínculos relevantes y empatía con la persona migrante en el inicio del asentamiento.

- Existe una relación inversa entre la calidad del proceso de interculturación y la intensidad o complejidad del duelo migratorio. En esta línea se considera muy importante abordar los síntomas de un duelo migratorio extremo de **modo preventivo desde diferentes disciplinas** (psicología, trabajo social, enfermería, atención primaria y educación social), intentando evitar que se convierta en un problema de salud mental y movilizar y abogar por **estrategias que favorecen la interculturación** como, por ejemplo:

    - Contar con servicios de mediación intercultural, intérpretes y traductores, a nivel municipal, comarcal o provincial que promuevan la interacción entre la población migrante y la sociedad de acogida, prevengan conflictos culturales y favorezcan el respeto y la aceptación de la diversidad.

    - Impulsar actividades interculturales y de participación ciudadana para evitar el discurso del miedo y del odio y fomentar las actitudes de apoyo y solidaridad por parte de la sociedad de acogida.

    - Promover el acceso a un empleo digno, una vivienda digna, la educación y la salud porque desde la exclusión no es posible un proceso de adaptación recíproca, inclusión e interculturación.

    - Tener presente que las personas migrantes son portadores de derechos y deberes.

    - Utilizar la agrupación familiar como estrategia de humanización del proceso migratorio.

    - Conceptualizar la posibilidad de retorno como factor positivo en el proceso migratorio.

- La globalización actual genera **multiculturalidad.** En esta situación es imprescindible formarse en **competencias interculturales y estructurales**[34], en el sentido de una perspectiva autorreflexiva, mirada intercultural, compromiso comunitario y diálogo entre saberes. Es necesaria la formación profesional en: a) el conocimiento de otros saberes y culturas, b) comunicación y escucha que cuestione los propios miedos por lo diferente, c) cuestionamiento y autocrítica para evolucionar hacia posiciones de respeto de la diversidad y d) conciencia de que los aspectos culturales específicos no se dan solo en personas migrantes sino en todas las personas atendidas y en el colectivo profesional que las atiende.

- La migración posee una serie de beneficios (acceso a nuevas oportunidades vitales y horizontes) pero conlleva un peaje: el **duelo migratorio**. Este se puede agravar según el grado de **estrés límite** que viven las personas en su proceso migratorio. Es importante conocer la sintomatología de este duelo evitando asignar diagnósticos erróneos, así como trabajar desde un enfoque de prevención intentando evitar que las personas migrantes que padecen este cuadro acaben empeorando y lleguen a sufrir un problema de salud mental.

En los diferentes capítulos, se resalta la importancia del abordaje de situaciones sociales y personales complejas que actúan como estresores específicos en población migrante (origen étnico, situación administrativa irregular, sinhogarismo, proceso de aculturación, soledad, falta de redes de apoyo familiar, duelo por la pérdida de personas, lugares de origen, entre otros aspectos). El **modelo de determinantes sociales de la salud** aporta un marco conceptual para el análisis de ejes de desigualdad asociados a esos factores. Las recomendaciones para la intervención derivada de este análisis parte de que todo el proceso de acompañamiento en salud mental a las personas migrantes debe hacerse con una **mirada psicosocial**, en la que se debe contextualizar la situación de las personas migrantes, prestando especial atención a grupos de población en situación de vulnerabilidad, entre ellas mujeres, personas LGBTI+ y menores de edad. En esta monografía, el equipo editor seleccionó como variables de contexto asociadas a situaciones de desigualdad, discriminación, violencia y persecución de especial impacto en salud mental, el **género, la orientación sexual, expresión / identidad de género y las características sexuales, la edad o el motivo de migración**, con referencia a los desplazamientos forzosos. A continuación, se recogen **recomendaciones específicas** realizadas por el conjunto de personas autoras de la monografía para la atención a la salud mental en colectivos marcados por estos ejes de desigualdad en salud.

[34] Entendiendo `competencia estructural´ como la capacidad de los y las profesionales de la salud para reflexionar y responder con compromiso comunitario sobre las formas en que las fuerzas socioeconómicas, culturales, políticas y económicas más amplias determinan negativamente la salud. Se conforma como una estrategia para abordar los procesos estructurales que determinan la salud.

Recomendaciones para la atención en salud mental a mujeres migrantes y personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado

Recomendaciones para la atención en salud mental a mujeres migrantes

Tener en cuenta la perspectiva de género y situaciones de desigualdad social por género, procesos de feminización de la pobreza, dificultades laborales específicas y experiencias de violencia de género en la atención a la salud mental de mujeres migrantes.

Adoptar una perspectiva de competencia intercultural y de género: abogar por políticas para redistribuir la carga familiar de las mujeres migrantes y paliar los efectos de la sobrecarga de cuidados, así como apoyar la búsqueda de empleos acorde con la formación y no con el género.

Ofrecer horarios flexibles.

Disponer de tiempo en la consulta para la escucha y el establecimiento de vínculos.

Atender a problemas individuales con una mirada en el contexto cultural y familiar.

Trabajar en red con atención primaria, servicios sociales, centros de información a la mujer, ONG y asociaciones.

Promover el apoyo social que puede reducir los efectos del estrés.

Facilitar la accesibilidad y coordinación a través de protocolos y acuerdos.

Utilizar los servicios de traducción telefónica.

Adquirir formación en violencia de género y trata.

Explorar añoranzas, expectativas y posibles contribuciones a la sociedad de acogida.

Fomentar el reconocimiento de la aportación de las mujeres migrantes al país de acogida.

Desmantelar prejuicios.

Recomendaciones

Recomendaciones para la atención a personas LGBTI+ migrantes y en desplazamiento forzado

Desarrollar una atención respetuosa con la diversidad cultural y diversidad sexual, corporal y de género, centrada en las personas y basada en una perspectiva de derechos humanos y despatologización, enfoque de interseccionalidad, modelo de determinantes sociales de la salud y mirada de sensibilidad cultural, competencia cultural y seguridad cultural.

Abordar situaciones de discriminación e inequidades en salud por motivos de orientación sexual, expresión / identidad de género y características sexuales.

Evitar situaciones de retraumatización en la atención en salud.

Facilitar el contacto con grupos activistas locales y servicios de apoyo.

Promover la formación de profesionales de la salud, personal administrativo, agentes de las fuerzas del orden y medios de comunicación en enfoques de atención respetuosos con la diversidad sexual, corporal y de género y basados en una perspectiva de derechos humanos y despatologización.

Adoptar enfoques participativos, estableciendo alianzas con actores de la sociedad civil, facilitando a las personas usuarias contactos con asociaciones y redes de apoyo y reconociendo sus perspectivas en el desarrollo de políticas de salud.

Abogar por cambios políticos y socioculturales más amplios, entre ellos:

- Derogación de leyes que criminalizan la orientación sexual o expresión / identidad de género en los países de procedencia.
- Cese de intervenciones quirúrgicas no consentidas en personas intersex en diferentes regiones del mundo, incluyendo países de procedencia y de acogida.
- Inclusión de una mención explícita de la orientación sexual, expresión e identidad de género y características sexuales como motivos de protección internacional en las legislaciones estatales.
- Agilización de los procesos de solitud de protección internacional / asilo.
- Reconocimiento de la identidad de género y diversidad corporal en los campos de recepción y facilitación de opciones seguras de alojamiento para personas trans e intersex.

Recomendaciones para la atención a niñas, niños y adolescentes migrantes

Recomendaciones generales para la atención a niñas, niños y adolescentes migrantes

Explorar las condiciones socioeconómicas y culturales de sus contextos de origen y en sus procesos migratorios, los factores de riesgo y de protección particulares y las situaciones adversas y/o estresantes que puedan afectar a su salud.

Tomar conciencia de los efectos combinados del adultocentrismo, de la racialización, del sexismo y de otros ejes estructurales de desigualdad social que interseccionan limitando sus oportunidades vitales y condicionando su bienestar y su salud mental.

Prestar especial atención a las diferencias y desigualdades de género y edad (ya que el impacto que puedan tener las adversidades vinculadas a la migración varía dependiendo de la etapa psicoevolutiva), tanto en riesgos y consecuencias, como en sintomatología y tratamiento o apoyos.

Potenciar la resiliencia en niñas, niños y adolescentes migrantes, respetando y cuidando sus redes de apoyo entre iguales (además de las familiares y comunitarias), facilitando su desarrollo en una identidad étnica positiva y su formación en estrategias (individuales y colectivas) para afrontar la discriminación.

Promover la formación profesional, especialmente en el ámbito sanitario, sobre atención sanitaria integral centrada en la persona menor de edad, abordaje transcultural y sobre los mitos en relación a la salud mental.

Recomendaciones relacionadas con el ámbito familiar

Tomar conciencia del rol relevante de la familia para mitigar el impacto del proceso migratorio y de situaciones de discriminación en el bienestar y la salud mental de niñas, niños y adolescentes.

Tener en cuenta la situación familiar, su contexto cultural, la vivencia de eventos traumáticos, así como vínculos y redes de apoyo.

Dar refuerzo positivo a las madres y los padres y fomentar la continuidad relacional con la red familiar.

Considerar la situación social y económica de la familia, desarrollando un abordaje psicosocial en caso de familias de alta vulnerabilidad y actividades de apoyo para las personas menores de edad.

Recomendaciones relacionadas con el ámbito educativo

Revisar la situación escolar, el proceso de inclusión y la exposición a situaciones de acoso y *bullying.*

Realizar actividades de apoyo en el aula para considerar aspectos culturalmente específicos.

Fomentar la inclusión y las capacidades lingüísticas de estudiantes migrantes.

Facilitar el acceso de niñas, niños y adolescentes a espacios de ocio, culturales, deportivos y recreativos.

Reforzar la colaboración del contexto educativo con los servicios de salud, servicios sociales y otras organizaciones del ámbito social y comunitario.

Promover el contacto con grupos de apoyo y redes comunitarias.

Recomendaciones para la atención a personas jóvenes extuteladas del sistema de protección

Facilitar a personas jóvenes extuteladas servicios de apoyo, acompañamiento y orientación en su proceso de emancipación (paso de los recursos del sistema de protección de menores hacia la vida independiente como personas adultas).

Acompañar los procesos que eviten desigualdades (conocimiento del idioma, integración socio-laboral, reforzamiento de redes, vínculos y conexiones que reduzcan la sensación de soledad no deseada).

Acompañar a personas jóvenes no acompañadas víctimas de violencia de género.

Fomentar la cooperación intersectorial y formación de profesionales en la atención a personas jóvenes extuteladas por el sistema de protección para garantizar un acompañamiento social y en salud mental del proceso de su emancipación.

Recomendaciones

Recomendaciones para la atención a personas en desplazamiento forzado

Los factores de vulnerabilidad generales de la población migrante interseccionan con factores específicos que motivan la solicitud de asilo o protección internacional (violencia, extorsión, entre otros aspectos) y que a su vez pueden convertirse en condicionantes de su salud mental. En esta situación, las siguientes recomendaciones se consideran clave.

Recomendaciones para la atención a personas en tránsito por desplazamiento forzado

Ayudar a personas en desplazamiento forzado a cubrir sus necesidades básicas, proporcionándoles alojamiento, vestimento, alimento y servicios higiénicos.

Proveer apoyo emocional y atención psicológica, utilizando enfoques de *counselling* abordando el trauma y el duelo.

Prestar apoyo en el proceso de reagrupación familiar y fortalecimiento del apoyo familiar.

Realizar actividades de protección a personas menores de edad no acompañadas y supervivientes de violencia de género.

Proporcionar atención psicológica a supervivientes de naufragios.

Realizar actividades de concienciación y sensibilización social con agentes sociales clave.

Recomendaciones relacionadas con la atención psicológica en centros de acogida para personas solicitantes de asilo

Enfocar la atención psicológica en los centros de acogida para solicitantes de asilo en el empoderamiento y la resiliencia y no en las carencias de la persona, teniendo en cuenta la importancia de una cobertura de sus necesidades básicas.

Potenciar la resiliencia a través de un fomento del sentimiento de comunidad, conservación del control de su propia vida, recuperación de rutinas, apoyo social y mejora de las condiciones de vida y perspectivas de futuro.

Recomendaciones

Fomentar los vínculos sociales y la autonomía a través del empleo.

Realizar actividades de sensibilización en la comunidad y sociedad de acogida.

Apoyar a la persona en desplazamiento forzado en la elaboración del duelo (incluyendo el duelo migratorio), la reelaboración del trauma, el reestablecimiento de rutinas, el aprendizaje de habilidades para la vida cotidiana en un nuevo contexto y la creación de un nuevo proyecto de vida.

Realizar una atención psicológica basada en la escucha activa, empatía, aceptación incondicional y comprensión de la cultura de la persona atendida.

Fomentar la salud psicológica de la persona solicitante de asilo facilitando el contacto con asociaciones, entidades de voluntariado y lugares en los que realizar actividades lúdicas.

Reforzar las vías de comunicación y coordinación con recursos externos (profesionales de medicina de familia y salud mental comunitaria, ayuntamientos y servicios sociales).

Facilitar la disponibilidad de servicios de interpretación y mediación intercultural.

Traducir, adaptar y validar materiales de evaluación e intervención profesional.

Realizar actividades de formación continua en competencia intercultural y sobre el proceso de solicitud de protección internacional.

Recomendaciones para la atención a personas en desplazamiento forzado en la comunidad

Establecer itinerarios personalizados de apoyo para la búsqueda de empleo y formación una vez finalizada la estancia en los recursos de acogida.

Prestar ayuda el acceso a la vivienda y recursos sociales básicos como el ingreso mínimo vital o rentas mínimas de inserción.

Apoyar la construcción de una red social y la participación en el tejido asociativo.

Colaborar en la construcción de nuevas narrativas, abordando las migraciones desde una perspectiva de derechos humanos y rompiendo con el estigma.

Establecer protocolos de colaboración con ONG.

Recomendaciones para la atención a mujeres en desplazamiento forzado por razones de género

Fomentar la resiliencia, fortalezas, autoestima y recursos personales de las mujeres víctimas de violencia de género a través de la escucha activa, atención integral, empatía, validación emocional sin enjuiciar o juzgar, facilitación de espacios de intimidad, respeto y confidencialidad.

Adoptar una perspectiva de género y derechos y enfoque holístico, transcultural, integral y participativo y centrado en la autodeterminación.

Facilitar apoyo psicológico para la reparación del daño y gestión del duelo migratorio, conflictos interfamiliares y aumento de la resiliencia, intervención en episodios de crisis y procesos de atención a sintomatologías específicas.

Proveer el acceso a talleres biopsicosociales sobre autoconocimiento, empoderamiento y consentimiento.

Establecer vías de coordinación con otros recursos externos.

Recomendaciones para la atención a personas LGBT+ en desplazamiento forzado por razones de orientación sexual e identidad de género

Recordar que existen situaciones de violencia y discriminación por razón de orientación sexual u identidad de género que pueden estar entre los motivos de una solicitud de protección internacional.

Trabajar en red y conocer recursos comunitarios.

Identificar factores de resiliencia.

Tener en cuenta el contexto social y aspectos interseccionales.

Aplicar enfoques personalizados y sensibles al trauma.

Generar espacios confidenciales de escucha activa donde poder establecer vínculos seguros que permitan compartir la propia orientación sexual o identidad de género y donde identificar intervenciones psicosociales dirigidas a mejorar las fortalezas de la persona y a buscar recursos de apoyo del entorno.

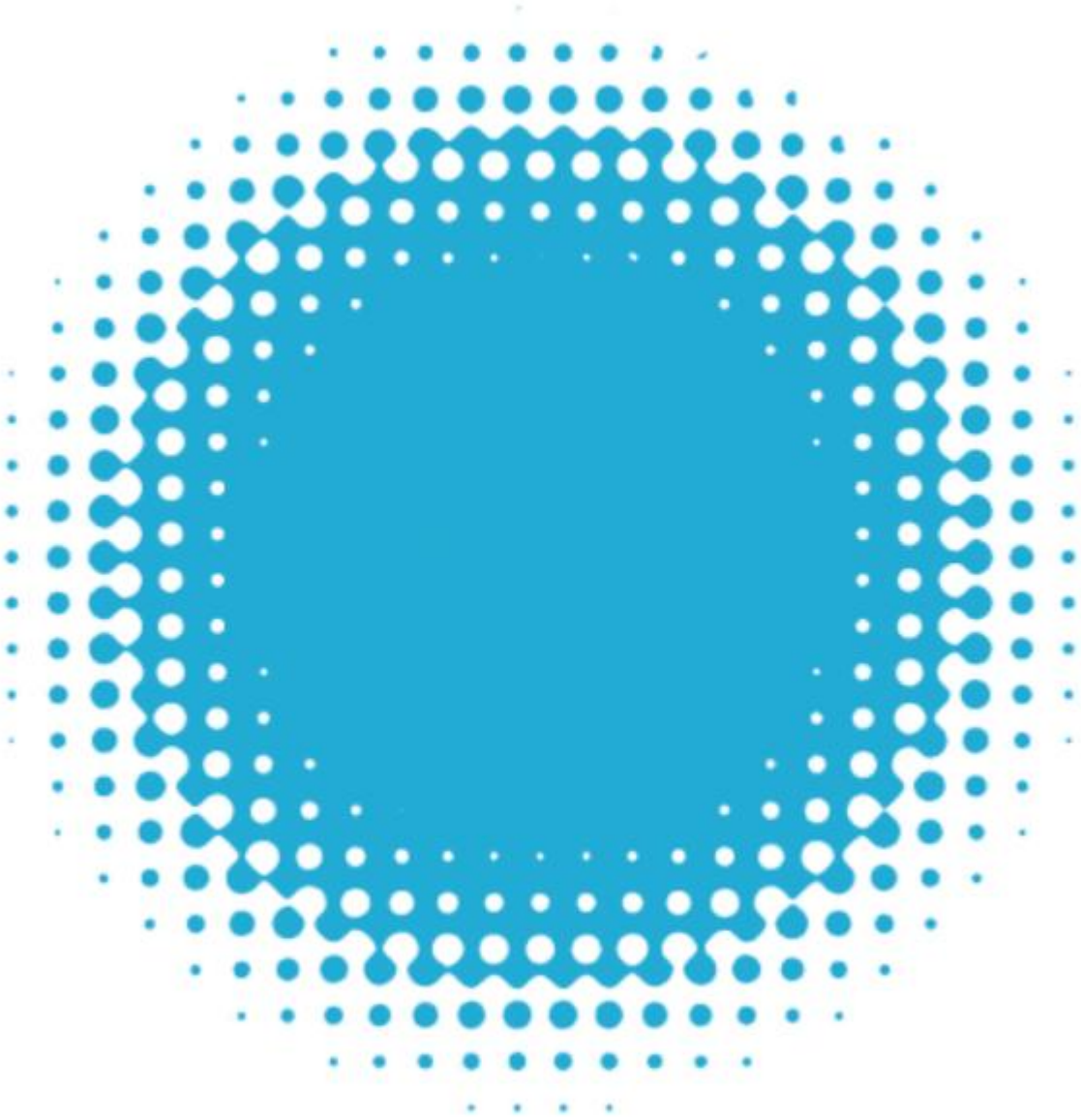
Fomentar la creación de espacios grupales.

Revisar prejuicios.

Desarrollar actividades de formación en competencias culturales.

Recomendaciones

A modo de conclusión, cabe resaltar la importancia de una atención en salud mental dirigida a personas migrantes y en desplazamiento forzado basada en los **derechos humanos**, el reconocimiento de la **diversidad y la consideración de aspectos interseccionales**. Se recomienda el desarrollo de una **actitud reflexiva sobre las propias prácticas profesionales**, partiendo del entendimiento de los procesos migratorios como una aportación y oportunidad para las sociedades de llegada.



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo