



La acogida del paciente inmigrante, en un centro de Salud mental¹

**Catalina Ayala²; Ángela Albiach³; Rosend Camon³;
Pere Llovet²; Isabel Pérez², Hilda Tozzi³ y Jordi Roig³**

UNITAT DE SALUT MENTAL DE COLLBLANC, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT
L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Nuestra propuesta es que la psicopatología va mas allá del conocido Síndrome de Ulises; se puede observar un amplio abanico de inhibiciones, desorientaciones, duelos diversos, pérdidas, confusiones, crisis desconocidas para el sujeto por la entrada en el nuevo medio, necesidades de rectificación que suelen comportar psicopatología, miedo al fracaso, en forma de diversas ansiedades y fobias, sentimientos de persecución y autoreferencia, muchos de los cuales, se sitúan en la interfaz relacional de lo que es y no es real, y por último, una vulnerabilidad incrementada para muchas enfermedades o Trastornos Mentales Graves, sin mencionar las dificultades de comprensión de la psicopatología que traen como parte de su bagaje de inmigración: Comprensión distinta a la nuestra de los malos tratos , etc. En nuestra ponencia, además de la descripción o intento de nosología propia, vamos a destacar la necesidad de una perspectiva intersubjetiva previa, como paso necesario para cualquier abordaje útil en la posterior relación paciente / clínico.

Palabras clave: Acogida, Inmigración, Salud Mental

Our proposal is that psychopathology goes beyond the well-known Ulysses Syndrome; it can be observed in a broad range of inhibitions, disorientations, diverse forms of grief, loss, confusion, and crisis unknown to the subject due to the entrance of a new means, the need of rectification that usually comprises psychopathology, fear of failure, in the form of diverse anxieties and phobias, feelings of persecution and auto-reference, many of which are situated in the relational interface between what is and what is not real. Lastly an increased vulnerability by many illnesses or Grave Mental Disorders, notwithstanding the difficulties of comprehension that psychopathology brings as part of its immigration heritage: a comprehension that is different from ours about abuse, etc. In our paper, besides a description or attempt at our own classification we will point out the need for a previous intersubjective perspective, as a necessary step for any useful approach in the later patient / clinician relationship.

Key Words: Immigration, Mental Health, Acceptance

English Title: The Acceptance of the Immigrant Patient in a Mental Health Center

Cita bibliográfica / Reference citation:

Ayala, C., Albiach, A., Camon, R., Llovet, P., Pérez, I., Tozzi, H. y Roig, J. (2009). La acogida del paciente inmigrante, en un Centro de Salud Mental. *Clinica e Investigación Relacional*, 3 (1): 33-38.

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939]

Introducción.

En el paciente que ha dejado su país, su paisaje personal y social, se hace mucho más evidente que en la práctica clínica habitual, la necesidad de disponer de una “**Teoría de la comunicación**” completa, global, amplia, como herramienta clínica. Este argumento, aparentemente simplista, sería la correspondencia, siempre con **disyunciones**, de la misma necesidad de comunicar del inmigrante con el mundo social en el que se halla inmerso desde hace relativamente poco tiempo, en relación a su experiencia vital.

Efectivamente, y en relación de total dependencia con la cultura en la persona se encuentra inmerso, el paciente puede experimentar que ha dejado de compartir:

1.- Un **sistema de relación implícito**, con todas sus intenciones, creencias, deseos, etc., básicos, que no corresponde al que ha conocido y ha internalizado como predicciones a tener en cuenta en sus interacciones. (K. Lyons-Ruth, R. Pally)

2.- **Un sistema de vinculación cultural más explícito y / semántico**, y a su vez autobiográfico, o si se quiere consciente, que tampoco se corresponde con sus modelos internos (IWM Bowlby).

3.- Una posibilidad que la lengua de comunicación no sea la misma, lo cual, además del necesidad de aprendizaje eventual, implica poner al día las **metáforas primarias** básicas que utiliza el lenguaje para la comunicación.

4. Una desaparición o **pérdida de las figuras de vinculación** (Attachments), las cuales formaban parte de sus experiencias de seguridad e incluso de su conflictividad relacional. (sus inseguridades en el sentido de Ainsworth).

5.- La aparición **de sentimientos i experiencias emocionales específicamente relacionados con la inmigración**, que desconocía con anterioridad i que con toda probabilidad el clínico no va a reconocer si no ha pasado por una experiencia similar. A este respecto, una de nuestras colaboradoras, inmigrante también nos recordaba , que hace poco , con ocasión del recuerdo de la llegada de la primera patera, sentía que podía expresar ... “ que hace veinte años, “pájaros negros” decidieron emigrar en busca de la libertad y comida, que les fue arrebatada por “pájaros blancos” hace mucho más de veinte años....”

6.- Y por último, una aparición de malestar o sintomatología psíquica o somato- psíquica, que es lo que el paciente, finalmente, y con mucha dificultad, suele llevar a la consulta; Este es el momento, en el que un clínico atento, puede percibir las dificultades que hemos agrupado en los puntos anteriores.

Nuestra experiencia clínica, nos lleva a plantear, que, en cualquiera de los variados casos de combinaciones posibles, relativos a los déficits de comunicación mencionados, es imprescindible, - desde nuestra perspectiva, un procedimiento que incluya como paso previo, un tiempo suficiente de focalización en los problemas de comunicación, que en

cualquier otro paciente, en general, se consideraría un bagaje cultural, mas o menos común o compartido. Esta inmersión, una vez elaborada nos permite acceder al diagnóstico y al planteamiento de una actividad clínica “sensu estricto”, la cual si este largo preámbulo, pierde casi todo su potencial i significado de exploración.

En general, las investigaciones acerca de la intersubjetividad, que los psicólogos del desarrollo, han efectuado durante las tres ultimas décadas sobre vinculación afectiva y intersubjetividad, y en el campo de la comunicación por el BCPSG (Grupo para el estudio del proceso de cambio de Boston), son especialmente relevantes para el estudio de estas situaciones clínicas novedosas y “Extrañas” para el clínico, que nos pueden llevar al proceso de de reconocimiento y especificidad del sujeto, tan elegantemente descritas por Sander. Esta nueva curiosidad por lo desconocido, en la persona del inmigrante, es, a nuestro juicio el elemento esencial que permite cualquier ayuda para evitar incrementar la “disyunción” entre la subjetividad del paciente y nuestra subjetividad, en general, ya compartida con el entorno a lo largo de nuestra experiencia vital propia.

La inmigración y el reagrupamiento familiar.

Una de las consecuencias del fenómeno migratorio, tiene que ver con la repercusión que tiene en todos los miembros de la unidad familiar, desde que se empieza a gestar el proyecto de la emigración a otro país hasta la reagrupación familiar. En la actividad asistencial con pacientes latinoamericanos, especialmente bolivianos, ecuatorianos, dominicanos y peruanos, hemos podido observar, que uno de los objetivos del miembro de la familia que ha emigrado, es lograr la reagrupación familiar. Mucho tiempo después, de la separación entre los hijos y sus madres/ o maridos y sus mujeres, - ya que un porcentaje muy elevado de los que vienen primero son mujeres-, se consiguen, como decíamos, los requisitos para que el miembro de la familia que se ha quedado en el país de origen pueda reencontrarse. En este momento, empiezan a ponerse de manifiesto las dificultades de los recién llegados en cuanto a “adaptarse” a la nueva situación, y es también, cuando consultan y se les atiende en Salud Mental.

Por un lado, aparece el problema en los adolescentes, que cuando la madre emigró eran niños y que han vivido gran parte de su infancia con una figura materna sustitutoria (en el mejor de los casos). Y quizás el padre (También en el mejor de los casos), se encuentran con una madre que no conocen, y con la que no han tenido esta larga experiencia de relación. El dolor, la profunda pena. El sufrimiento, el duelo, es múltiple. Se encuentran lejos de la familia con la que han vivido una buena parte de su vida, sin amigos, en un entorno diferente, con exigencias formativas i laborales muy dispares i con unas madres (nuevas) que se pasan el día trabajando. En lo que concierne a los maridos o parejas masculinas, se ven llevados a vivir otra pérdida: el del estatus profesional que tenían en sus propios países. En nuestro país las dificultades para encontrar trabajo son muchas y en la mayoría de los casos deben de renunciar a ese estatus. Esta situación, lleva a panoramas depresivos que

debemos manejar y tratar en nuestra unidad.

La alianza terapéutica en el contexto intercultural.

Más allá de las primeras aportaciones de Ferenczi (1932), sobre la importancia del elemento relacional, la “Alianza terapéutica”, aparece actualmente como el elemento central y común entre las diferentes corrientes teóricas en estudios sobre proceso terapéutico.

Safran JD y Muran JC (1995), establecieron una relación positiva entre “Alianza Terapéutica” y respuesta terapéutica. La percepción que tiene el paciente de la alianza, es un factor crítico a la hora de decidir la continuidad en el tratamiento y obtener resultados satisfactorios (Horvath y Bedi 2002).

Por otro lado, diversos estudios mostraron la posible influencia de las diferencias culturales entre el terapeuta y el paciente sobre la “Alianza terapéutica” (Shonfeld 2001).

En base a nuestra propia actividad asistencial realizada en el período comprendido entre julio y diciembre 2008, hemos presentado en forma de póster en este congreso, un estudio descriptivo, sobre la muestra de pacientes derivados por el médico de familia, al psicólogo clínico del equipo de Salud Mental. Deseamos averiguar si existen diferencias entre el subgrupo de pacientes autóctonos y emigrantes. Nuestros resultados preliminares plantean las dificultades con la “Alianza terapéutica” y se señala la dificultad para responder a las necesidades reales (¿subjetivas?) de estos pacientes.

La atención a los emigrantes desde las Áreas Básicas de Salud.

A través de mi experiencia en el apoyo a las áreas básicas de Salud, de la Unidad de Salud Mental, hemos observado que en diferentes etnias atendidas, las atenciones que hay que efectuar son muy distintas y abarcan desde la psicopatología más grave hasta lo que se podría denominar la vida cotidiana.

Aunque la enfermedad o Trastornos mentales, puedan ser universales, en lo que concierne a lo que hemos llamado problemas de la vida cotidiana, intentamos que el médico de familia, aprenda algunas intervenciones breves y orientativas, que pueden compartir con nosotros en un proceso de aprendizaje.

Por ejemplo, en lo que se refiere al mobing, o a su situación legal, o económica, o socio familiar, tenemos que **agudizar nuestra escucha**, y pensar que el sentimiento que nos lleva, por compasión, por empatía, o por inmersión subjetiva, no siempre será protector para el sujeto, y es de especial necesidad actuar con medidas didácticas que el paciente pueda relacionar con las **carencias propias** del estar tan alejado de su país de origen.

Tanto en mujeres, madres trabajadoras, y menores, estas intervenciones terapéuticas que resultarían más conocidas en los autóctonos, resultan más complejas, por las idiosincrasias

de cada país y las dificultades o colisión de sus roles, completamente diferentes a los nuestros. Este es un elemento facilitador o si se quiere relativamente preventivo, si se quiere evitar o en su caso reconducir los malos tratos psicológicos y físicos, que suelen terminar en violencia de genero.

Nuestra reflexión una vez más, nos lleva a pensar que, ante la realidad del paciente inmigrado, tenemos el deber de aprender de ellos para poder efectuar nuestras intervenciones de una manera precisa.

Atención psicoterapéutica centrada en el duelo Migratorio en población inmigrante. Del diagnóstico psiquiátrico a la elaboración de la significación psicológica de la Inmigración.

La prevalencia de consultas de personas inmigrantes a nuestro servicio de SM ha crecido mucho en los últimos cinco años. No es de extrañar, dado que en algunos de los barrios del sector de población a la que asistimos, el porcentaje de esta población ronda **el 30-42%**.

Entre la población que consulta predominan las mujeres, con una franja de edad entre los 25 y 45 años. El diagnóstico, si se quiere, **sindrómico** predominante es el de Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos, y Trastornos Adaptativos.

Nuestra experiencia, es que, en la medida en que las entrevistas diagnosticas iniciales vayan más allá del diagnóstico psiquiátrico sindrómico, y se centren en la escucha del relato subjetivo, se amplía la comprensión del conflicto más allá del diagnóstico psiquiátrico, pudiendo evolucionar desde la descripción del síntoma hacia la significación psicosocial de éste.

En la población inmigrante que nos consulta con este perfil sintomático descrito, con frecuencia podemos focalizar en tres áreas específicas:

- 1.- Lo que denominaremos como **Estrés por Aculturación**, relacionado con el proceso e impacto migratorio.
- 2.- **Fenómenos de Duelo**, relacionados con la inmigración; pero que reactivan n experiencias de duelo anteriores.
- 3.- **Rasgos psicopatológicos previos** a la inmigración que se reactivan, o a veces se elaboran, en relación con la experiencia migratoria.

La atención psicoterapéutica a estos/estas pacientes, a menudo con intervenciones focalizadas y de breve duración (con frecuencia no más de 6 a 10 sesiones), puede ayudar a disminuir el estrés aculturativo y favorecer procesos de elaboración de duelo, lo cual repercute en una mejor comprensión de conflictos previos a la inmigración.

Este tipo de atención psicológica, también puede ayudar a disminuir la psiquiatrización de la

consulta e integrar el Duelo y el Estrés motivado por la inmigración en una mejor comprensión psicológica de la evolución biográfica del sujeto.

Una precisión sobre el proceso de duelo en la inmigración.

Se suele pensar a menudo sobre la inmigración solo como un proceso de duelo. Sin embargo, a partir de las peticiones i derivaciones efectuadas por los médicos de familia, muchos casos de pacientes inmigrantes presentan fenómenos de adaptación, i sus demandas tiene poca continuidad, no solo en lo que respecta a la atención en Salud Mental, en general, sino también en el sistema sanitario. Creo que este fenómeno merece atención y un análisis particular.

Se puede profundizar pues, en el “**reto del Yo**” que representa la migración y especialmente en la vertiente más vinculada a **actitudes superyoicas**: las formas de relación interpersonal i los valores i concepciones implícitas. En este contexto, podemos resituar las relaciones que establecen con el sistema sanitario, y especialmente con los servicios de Salud Mental: ¿Cuales son las preconcepciones (expectativas) que tiene sobre la ayuda que pueden recibir, que esperan? ¿De cuales efectos se resienten después del primer contacto?

Y una pregunta clave: ¿sienten que la asistencia, es la ayuda para su reto adaptativo por el cual, de hecho, consultan?

NOTAS

¹ Trabajo presentado en la I Jornadas PSICOANALISIS RELACIONAL HOY EN LA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD GLOBAL, Las Navas del Marqués, Ávila, 13 y 14 de Febrero de 2009, organizadas por IARPP-España y el Instituto de Psicoterapia Relacional (Madrid).

² Psicólogo Clínico.

³ Psiquiatra.