



COMISIÓN AMERICANA DE SALUD,
BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL

Manual para promoción de la salud mental en personas migrantes y posibles efectos de la covid-19

Dr. Fernando Quintanar Olguín



CISS



CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



CISS
CONFERENCIA INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL



CIESS
CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Daisy Corrales Díaz, Directora.

Coordinación de Investigación del CIESS.

Wendolyn Bravo Zuríta, Coordinadora.

Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social.

Zoé Alejandro Robledo Aburto, Presidente.

Juan Carlos Quiros Vargas, Vicepresidencia.

Arturo Rios Camarena Rodríguez, Vicepresidencia.

Mauricio Hernández Ávila, Vicepresidencia.

Nelson Oswaldo Ramírez Jiménez, Vicepresidencia.

Julissa G. Magallanes Pérez, Secretaría Técnica.

Investigador responsable.

Fernando Quintanar Olgúin, CIESS-CASBSS.

Equipo editorial.

Daisy Corrales Díaz.

Wendolyn Bravo Zuríta.

Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS.

Guadalupe Zamora.

Edición.

Diseño Instruccional-CIESS.

325.272 C163m 2022

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México

Manual para promoción de la salud mental en personas migrantes y posibles efectos de la covid-19 /

Fernando Quintanar Olgúin. – México: CISS: CIESS: CASBSS, 2022.

96p.: gráficas; 28 cm.

Incluye referencias bibliográficas p. 92-95.

1. Salud mental – Estudio de casos. 2. COVID-19 (Enfermedad) – Atención médica. 3. Migrantes – Atención médica. I. Quintanar Olgúin, Fernando, autor. II Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. III. Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social.

Biblioteca CIESS

ISSN (en trámite).

Se permite la reproducción parcial o total de este documento siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice

Alcaldía Magdalena Contreras,

C. P. 10100, Ciudad de México.

Tel. (55) 5377 4700

Índice

Introducción	05
Nota a modo de presentación	06
Justificación	10
Alcance y objetivo	13
Indicaciones para el uso del manual	14
Sección I. Marco de referencia	15
1.1. Importancia de atender la salud mental en migrantes. Bases de la salud mental para profesionales de la salud	15
1.2. Introducción del personal de salud a la salud mental	16
1.3. Cómo es un proceso terapéutico en salud mental	20
1.4. Salud mental durante la covid-19, 2020	23
1.5. Efectos de la covid-19 en la salud mental de personas migrantes	24
1.6. El personal de salud y actitudes que favorecen la salud mental	24
1.7. Niveles de atención a la salud mental del paciente	25
1.8. Mecanismos psicológicos de defensa	26
1.9. Migración e indefensión aprendida	32
1.10. La presión social como riesgo para la persona migrante	35
1.11. Caso 1. Petra y la presión social	35
1.12. Habilidades sociales en la salud mental de migrantes	37
1.13. Conceptos básicos de estrategias de apoyo	38
1.14. La importancia de aprender a decir no	39
1.15. Caso 2. El conflicto de Gabriel R.	39
1.16. El comportamiento, asertivo o no, puede aprenderse	41
1.17. Asertividad y el derecho humano psicológico	42
1.18. Síndrome de resignación y habilidades sociales en migrantes	44
1.19. Identificación de ideas irracionales	45
1.20. Caso 3. La crisis de R. J.	46

1.21. Habilidades psicológicas de personas migrantes para su protección	48
1.22. Salud mental y orientación familiar a personas migrantes	49
1.23. Caso 4. Luz S.	53
 Sección II. Casos clínicos para análisis de salud mental	 60
2.1. Caso 5. Joven costeño con discapacidad en condición de calle	61
2.2. Caso 6. Migrante que muere por COVID-19	62
2.3. Caso 7. Mujer judía de Buenos Aires sobreviviente del Holocausto	63
2.4. Caso 8. Migrante japonesa sobreviviente de las bombas nucleares	63
2.5. Caso 9. Intento suicida de T. O.	64
2.6. Caso 10. Mujer joven indígena, migrante y cuidadora	66
2.7. Caso 11. Morir de hambre	67
2.8. Caso 12. Joven migrante con golpe en la cabeza	69
2.9. Caso 13. Encuentro con la confusión y el aislamiento	69
2.10. Caso 14. Migrante chileno afectado por desastre y dañado por la dictadura	72
2.11. Caso 15. Brote de COVID-19 en albergue de migrantes; 16 contagios en Ciudad Juárez	72
2.12. Caso 16. Entrevista a migrante en primera caravana 2020	73
 Sección III. Programas y procedimientos para la atención de la salud mental	 74
3.1. Justificación	74
3.2. Procedimiento para la atención a la salud mental en comunidades	75
3.3. Procedimiento de orientación para la atención a la salud mental de primer contacto y subsecuente	77
3.4. Procedimiento para brindar atención al paciente agresivo o violento	79
3.5. Procedimientos para intervenciones psicoterapéuticas de apoyo o soporte emocional	81
3.6. Procedimiento para la atención psicológica del paciente externo migrante	83
3.7. Procedimiento para la atención psicoterapéutica grupal de personas migrantes con padecimientos crónicos o violencia familiar	86
3.8. Organización de grupos Balint	88
3.9. Organización de grupos de entrenamiento asertivo para migrantes (GEAM)	90
 Bibliografía	 92

Introducción

En 2018, la región de Centroamérica y México fue protagonista de un movimiento migratorio denominado caravana migrante, protagonizado por miles de personas de diversos países, sobre todo de Honduras, Guatemala, El Salvador y algunos países asiáticos y africanos. Era la primera vez que esto sucedía y que se ponía en evidencia la cantidad de riesgos que las personas se atreven a correr para salir de su lugar de origen. A lo largo del camino, algunos se separaron del grupo y se internaron en la selva chiapaneca y oaxaqueña, otros decidieron quedarse en México, los menos prefirieron regresar a su lugar de origen. Muchos expusieron que en todo el recorrido fueron víctimas de engaño, extorsión, secuestro y acoso. Era común observar que las personas migrantes reportaran pérdidas de familiares, ingresos económicos, incluso vivienda, y pendientes que no habían podido resolver, como el encuentro con otra cultura y estilo de vida, entre otros factores que las desestabilizaban.

La Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos A. C., (CMDPDH) reportó en 2020 que los albergues no contaban con lugares suficientes para las personas que llegaban. El hacinamiento causaba estragos entre los albergados y empezaron a presentarse problemas que no habían anticipado, como la separación de las familias, pues algunos padres y madres se vieron obligados a decidir que sus hijos menores de edad siguieran sin ellos el camino a Estados Unidos. En los centros de salud no había personal suficiente, mucho menos para atender problemas de salud

cuyo origen no era físico. Con información como ésta se plantea un enfoque diferente en relación con la salud mental de las personas migrantes, pues queda mucho por estudiar.

En el presente manual se retoman las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la importancia de capacitar al personal sanitario en el área de la salud mental desde una visión menos hospitalaria, más grupal y comunitaria, que incluya las condiciones del entorno y reconozca la diversidad de grupos vulnerables en los que se encuentran los migrantes. La finalidad del manual es proporcionar información práctica, accesible y aplicable al desarrollo de la actividad profesional del personal de sanidad y a la integración de sus funciones para atender la salud mental con calidad técnica y un trato humano y realista en los espacios de atención de primer nivel en las Américas y el Caribe.

Este manual responde a la necesidad de brindar mejor atención a las personas que migran, pues contempla aspectos de la salud mental en condiciones que no se valoraban antes en el primer nivel de atención, como los riesgos sociales y choques culturales, que no implican trastornos psiquiátricos, y presenta de forma clara, concreta y sistematizada las pautas y lineamientos para el personal que da consulta a personas migrantes.

La información que se proporciona incorpora elementos de los servicios de salud de algunos países de las Américas y el Caribe a partir de dos propuestas. La primera es seguir los procedimientos de atención ya desarrollados para atender la salud mental tanto en el primer nivel

como en el área de personas hospitalizadas. La segunda es proporcionar la información básica al personal de los servicios de salud, en particular de enfermería, medicina y trabajo social, pero también de recepción, seguridad, administración e intendencia, que puede capacitarse con un enfoque de salud mental comunitaria.

El servicio en la consulta externa es el punto de contacto que abarca el ámbito hospitalario en interconsultas, urgencias, dictámenes y solicitudes especiales de tipo legal o escolar, sin embargo, la atención a la salud mental no se considera en el momento del contacto, sino que es canalizada a otro servicio o nivel. Al hablar de la salud mental, es indispensable tomar en cuenta que el personal sanitario o sus familiares también tienen riesgos que podrían afectar su salud mental y que pueden aprender a reconocer.

Se pretende que el personal de salud tenga una mayor y mejor comunicación con las personas que migran y las aprecien no como objeto de estudio, sino como dignas de una valoración completa y humana, por sus condiciones críticas. En el presente manual se incluyen aspectos que es posible encontrar en la consulta que suelen afectar a las personas migrantes. A pesar de ser situaciones que comprometen la salud mental y la seguridad de las personas migrantes y sus familias, la mayoría de los cursos de psiquiatría no las mencionan.

El contenido del manual se organiza en tres secciones. La primera se dedica a aspectos teóricos y conceptuales. La segunda presenta ejercicios a partir del análisis de casos clínicos de personas que han experimentado alguna forma de migración y de ejemplos de situaciones posibles con la finalidad de que los lectores generen ideas y propuestas para trabajar con población migrante. La tercera

sección retoma modelos de atención a la salud mental que pueden servir de referencia para que el personal interesado desarrolle una propuesta propia, incluso en la emergencia por covid-19.

Los contenidos de las tres secciones se irán intercambiando conforme se avanza en las actividades. Se trabajará para los escenarios cotidianos, pero también para las condiciones de la pandemia por covid-19. A pesar de compartir formación en el campo de la salud, puede haber diferencias culturales tanto entre los profesionales de la salud como entre los migrantes, por este motivo es necesario ajustar las estrategias. Por ejemplo, hay lugares en los que se habla fuerte pero no se está discutiendo, o se saluda de manera muy efusiva o con más formalidad.

En general, se propone trabajar mediante ejercicios grupales que propicien la reflexión, en los que se revise el contenido temático y el análisis de casos para detonar una discusión colectiva entre los participantes.

Nota a modo de presentación

Este manual se empezó a elaborar en el contexto de la pandemia de covid-19. La información especializada más reciente sobre apoyo a la salud mental de migrantes en el contexto de la emergencia sanitaria que se localizó se centraba en propuestas y recomendaciones, y pocas veces se sustentaba en investigación. La mayoría de las veces, las propuestas eran resultado de la práctica clínica o de la experiencia en otras epidemias. En estas condiciones, el manual se basa en la información especializada disponible, el diálogo personal con otros especialis-

tas, los reportes periodísticos en medios de comunicación formales y reconocidos, y la experiencia del autor. Asimismo, el manual incluye algunos casos de problemas emocionales y de salud mental que llegaron a poner en riesgo a la persona migrante.

Quizá lo que compromete la atención a la salud mental es la dificultad para reconocer y valorar lo que afecta a las personas, pues en principio se tiende a naturalizar algunos momentos de irritabilidad, tristeza o el incremento de hábitos no adaptativos que se perciben como algo pasajero que se resuelve por sí mismo, sin embargo, muchas veces la solución suele ser parte del problema. Si el personal de salud cuenta con la capacitación adecuada, puede orientar a las personas en estas condiciones.

El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid registró la experiencia de España, puerta de entrada a Europa y Reino Unido para la población migrante del Mediterráneo, una fuente muy valiosa para este manual, y reconoció la falta información sustentada en investigación acerca de la salud física y mental de los migrantes.

Estas dos esferas —física y mental— se relacionan en el ámbito de la seguridad social y la salud pública. No pueden existir la una sin la otra y ambas deben tratarse desde la perspectiva de la prevención y atención comunitaria con participación social, como lo plantea la Organización de las Naciones Unidas (Guterres, 2020), y no sólo a partir de la curación en la atención clínica hospitalaria centrada en el paciente.

De acuerdo con la OMS (2019), para atender los problemas de salud de la diversidad de grupos sociales, es importante consolidar las propuestas de políticas públicas de los gobiernos de América y el Caribe, y reconocer la necesidad de trabajar con un enfoque transdisciplinario, es decir, la salud

también debe considerarse a partir de las ciencias sociales y de la conducta. La actual pandemia de covid-19 ha reorientado las acciones para la atención de la salud y ha colocado a la salud mental en un lugar relevante.

Al igual que otros problemas de salud, los padecimientos mentales evolucionan en el transcurso del tiempo y aparecen o se reconocen afecciones antes desconocidas. La formación de recursos humanos en salud mental también debe actualizarse de acuerdo con los avances de la investigación científica y las políticas de atención. En ese sentido, se recomienda que la formación, capacitación y actualización del personal en salud mental incluya temas como políticas públicas, seguridad social y administración pública de servicios de salud, además de los nuevos padecimientos reconocidos, de manera que se pueda trabajar en el desarrollo de propuestas orientadas a la prevención y de estrategias de atención a síndromes que antes no se consideraban en el cuadro de afectaciones, como el de resignación o desamparo aprendido.

Para Jerez y Silva (2014) es necesario tomar en cuenta la evolución acelerada de la salud mental en los últimos años, pues ha pasado del diagnóstico clínico centrado en síntomas al diagnóstico basado en evidencia con las aportaciones de las neurociencias, la antropología y la psicología sociocomunitaria, que han puesto sobre la mesa las muestras de estudios de laboratorio y los indicadores psicosociales. También ha habido cambios en las prioridades del gobierno en función de las tendencias demográficas y las demandas sociales que imponen la necesidad de contar con personal de salud capacitado para cubrir la atención a la salud mental. No se trata de dar psicoterapia, sino de que el personal de salud proporcione orienta-

ción en salud mental mediante la educación, la prevención y la participación de la comunidad. Hoy las políticas públicas ya reconocen la salud mental de los grupos vulnerables, como los migrantes.

Jerez y Silva (2014) comentan que el Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM, por sus siglas en inglés), elaborado por psiquiatras y revisado cada 10 años desde 1952, incluye en su quinta versión (DSM-5) grupos de trastornos mentales como los siguientes:

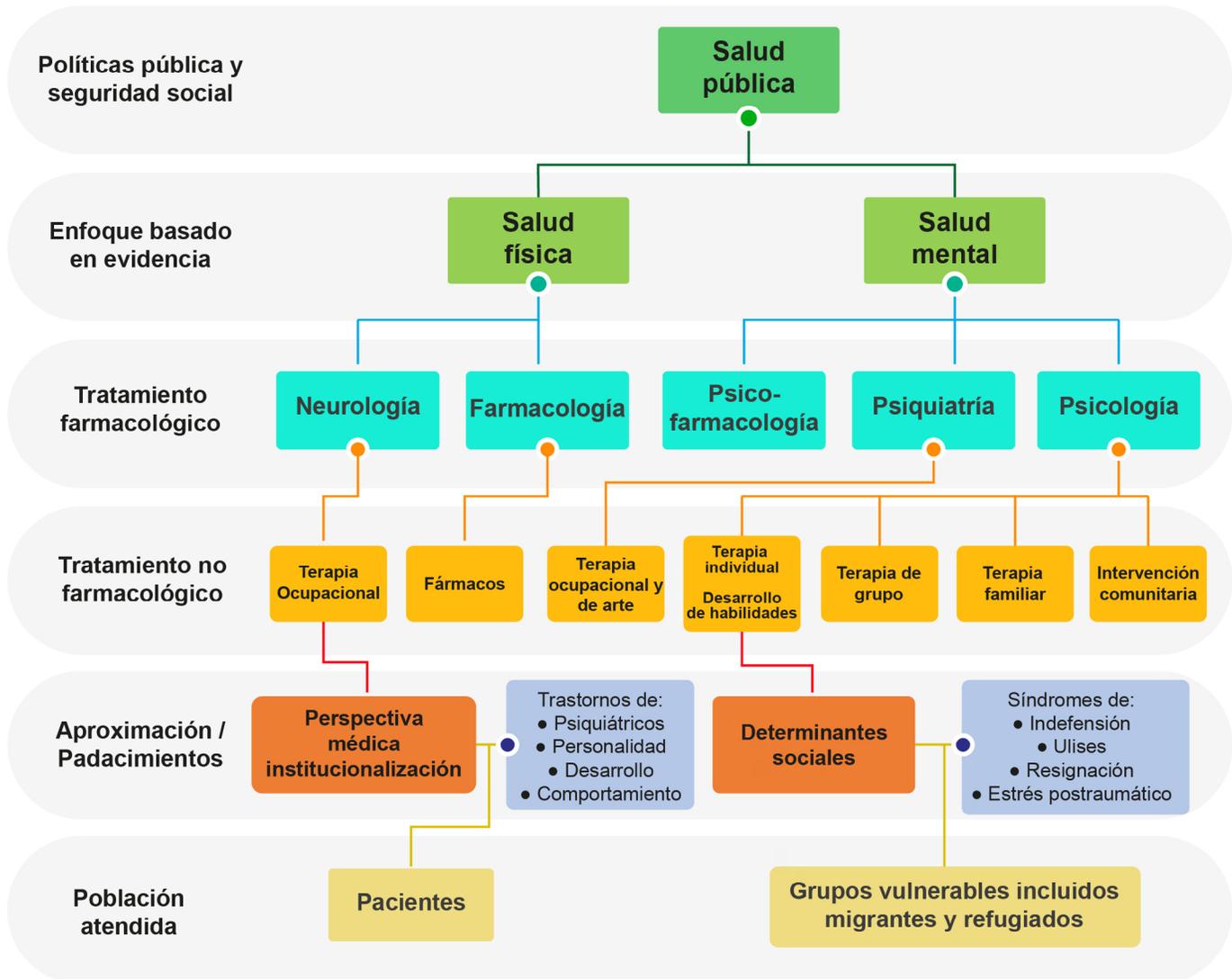
1. Trastornos del neurodesarrollo.
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
4. Trastornos depresivos.
5. Trastornos de ansiedad.
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
7. Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.
8. Trastornos disociativos.
9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.
10. Trastornos de la alimentación.
11. Trastornos del sueño-vigilia.
12. Disfunciones sexuales.
13. Disforia de género.
14. Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.
15. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
16. Trastornos neurocognitivos.
17. Trastornos parafilicos.
18. Trastornos de personalidad.

Los mismos autores mencionan que el cuidado a la salud mental ha pasado de la atención a los síntomas en consultorio a la consideración de la familia y el entorno. Además, de mediados de la década de 1970 a la fecha, al diagnóstico de las afecciones mentales se han incorporado las representaciones sociales, los determinantes sociales y los avances en neurociencias, que han facilitado el desarrollo de propuestas de participación social, integración comunitaria y desinstitutionalización. Asimismo, se han considerado otros conceptos, como los síndromes de Ulises, de desamparo aprendido, de resignación, y la orientación familiar, el estrés postraumático, las adicciones, los trastornos de la alimentación, el estrés laboral y las “nuevas patologías”, que no figuran en su totalidad en el DSM-5. Estos cambios se acompañaron del desarrollo de políticas públicas en salud, que retomaron las recomendaciones de la OMS y con el tiempo permitieron contar con un marco legal que contempla los derechos humanos, a partir del cual se han desarrollado planes de gobierno y programas de salud mental que toman en cuenta a los grupos vulnerables.

A pesar de este desarrollo, queda pendiente el reconocimiento de eventos y condiciones que comprometen la salud mental —que empiezan a reportarse en la literatura especializada—, como nuevos mecanismos psicológicos de defensa, cambios en la dinámica familiar y el desamparo aprendido, que llevó al desarrollo de la psicología positiva y la incorporación de tratamientos no farmacológicos, como la arteterapia, el entrenamiento en habilidades sociales como la asertividad y los enfoques humanistas en psicoterapia.

En la elaboración de este manual se han considerado estos cambios, se presentan varios casos

Fig. 1. Desarrollo de la atención desde la salud pública a la salud mental para atención a migrantes



Fuente: Diseño de propuesta original del autor 2020

para trabajar y se toma en cuenta la importancia de la seguridad social como marco general de referencia.

El personal de salud debe conocer las estadísticas, los programas y las políticas públicas de salud mental de su país, así como las acciones que derivan de la aplicación de éstas y sus resultados. Al empezar a leer este documento, proponemos

que el lector tenga en mente las implicaciones cotidianas que enfrenta una persona afectada en su salud mental, más aún si se trata de un migrante. Se debe considerar el tipo de padecimiento, qué lo generó y cómo se ha intentado atender.

Es recomendable que el personal sanitario capacitado en temas salud mental se acostumbre

a pensar en términos de componentes, procesos, estructuras y dinámicas, características permanentes de los cambios en el comportamiento de las personas.

Por último, se presentan casos para ejemplificar o trabajar los temas, la mayoría tratados por mí. Cuando los casos son de otro autor, se menciona la fuente y la atención que se les brindaba. Para proteger la identidad de las personas y de sus familias, se han cambiado los nombres y otros datos de identidad. También se presentan algunos ejemplos en el contexto de la covid-19, sin embargo, es necesario documentar muchos casos más.

En la Figura 1 se representa la estructura general con la que se trabajará en el presente manual. Es posible que esta información parezca un tanto extraña, pero como se verá a lo largo del texto, la finalidad es aproximarse a la salud mental con una perspectiva diferente, un enfoque basado en evidencia que sustenta tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, para reconocer padecimientos que van de la atención institucional y psicopatología a los determinantes sociales y la presencia de síndromes que suelen presentarse en personas migrantes y no se observaban en pacientes psiquiátricos.

Justificación

El tema de la salud mental en las Américas tiene una historia interesante por la forma en la que se dio a conocer. Su importancia creció en la medida en que se manifestaron problemas en el desarrollo infantil, psiquiátricos, violencia familiar, depresión, suicidio y otros asociados a adicciones; sin embargo, en un principio no se percibía lo que pasaba

con las personas migrantes. Entre 1985 y 1989, el autor del presente manual tuvo la oportunidad de colaborar en el antes Instituto Nacional de Salud Mental (INSaMe), fundado por el doctor Jorge Velasco Alzaga, en 1983, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En esta institución donde se hacía investigación, no era un hospital que brindaba atención clínica, se impulsó un programa interdisciplinario de atención en consulta externa en el primer nivel de atención, conformado por un médico psiquiatra, pediatra o neurólogo, personal de enfermería, trabajo social y psicología. El objetivo era atender a personas migrantes del territorio nacional, pero era difícil dar continuidad al tratamiento, una de las particularidades de la población atendida. El doctor Velasco fue alumno de Erich Fromm, lo cual le dio una visión más social sobre la salud mental. En 1964, propuso ante la OMS que se incorporara por primera vez el programa de salud mental para las Américas.

El modelo del INSaMe funcionó muy bien bajo la dirección del doctor Eduardo Jurado, director fundador del Instituto Nacional de Perinatología, y se tomó como referencia para otros países; sin embargo los cambios en las políticas de gobierno no permitieron difundir sus logros. Hoy es una propuesta necesaria en la formación de equipos en salud mental, pero entonces, en la mayor parte de los países de la región no había capacidad instalada para eso (Campillo, 1999) ni para trabajar con una visión hospitalaria.

Entre el personal de salud del INSaMe se impulsó la escuela para padres y la formación de orientadores familiares. Mientras estuvo vigente, el modelo contó con la participación temporal de profesionales de enfermería de Japón, psicólogos de Centroamérica, psiquiatras de Colombia, pe-

diatras y neurólogos del Instituto, y se esperaba que difundieran el modelo al regresar a sus países de origen o sus estados. Con estos antecedentes se puede entender la importancia de la formación de los profesionales sanitarios como orientadores en salud mental o profesionales en orientación psicológica, como planteaba Rogers (1984), al considerar medidas preventivas y tratamientos por medio del entorno de la persona.

El tema de la salud mental por lo general se trata a partir de aspectos centrados en la psicopatología. Dada la naturaleza de su objeto de estudio, también abarca componentes de la dimensión psicosocial, no sólo de la biológica, que muestran la evolución del perfil de los padecimientos mentales. Esto implica incorporar procesos inconscientes y de la subjetividad que comprometen la forma de pensar, sentir y actuar, de ahí que quienes trabajan estos temas requieran orientación y supervisión en el manejo de las propias experiencias e inquietudes que se despiertan al tener contacto con historias de vida que llevan a decisiones trascendentes, como migrar solo o en familia.

La atención a la salud mental de personas migrantes en los centros de salud de primer nivel se distingue de la forma de atención de los padecimientos físicos. Por un lado, está el estigma acerca de las afecciones a la salud mental; por el otro, está la condición de inseguridad de la persona migrante. También hay que considerar la perspectiva con la que trabaja el personal de salud, pues en su formación suele predominar un enfoque que se origina en la psiquiatría, orientado a la psicopatología, y esto sesga los protocolos de atención y seguimiento.

Así como hay propuestas para brindar atención a la salud desde una visión de género y de

derechos humanos, también se puede proporcionar atención desde la visión de las personas migrantes. Para ello es necesario averiguar, en lo posible, en qué áreas de su salud mental consideran que deben incorporar esa información en los procedimientos de atención que se les otorgan. En la atención a la salud de las personas migrantes se reconoce lo complejo de su situación. Según el tipo de migración, hay que pensar en los múltiples factores que las conducen a la decisión de dejar su lugar de origen. El tratamiento es fragmentado y parcial, no considera complicaciones más allá del ámbito clínico psiquiátrico y esto dificulta conectar otros factores sociales, económicos y hasta históricos, que comprometen la salud mental. Darle un lugar a estos factores es parte de la información del presente manual.

El equipo de profesionales de la salud en los servicios de consulta externa suele estar integrado por un médico general o familiar, y personal de enfermería, no por psiquiatras, psicólogos o enfermeras psiquiátricas. Ante los problemas asociados a las necesidades de salud, el equipo requiere información y habilidades para atender casos con afecciones o crisis de salud mental, sobre todo en personas migrantes, que también pueden ser mujeres, personas con discapacidad o adultos mayores (Fuente, 2014).

Según la OMS (2020), la atención a la salud mental tiende a la prevención en el primer nivel, con atención en la consulta externa y un enfoque comunitario. Con la capacitación necesaria, el personal sanitario puede fungir como promotor del desarrollo humano más allá de un planteamiento biológico y de la salud física, y puede participar desde un punto de vista psicosocial de la salud con un enfoque de principios más que de técnicas, lo

que brindaría la posibilidad de atender a personas migrantes en condición de vulnerabilidad.

La salud mental de los migrantes se ve afectada por otras condiciones que pocas veces se han tomado en cuenta y se incluyen aquí. En un principio, las afecciones a la salud mental se centran en la atención a diferentes tipos de psicosis, trastornos de personalidad y afectivos, como depresión y ansiedad, trastornos del sueño y abuso de sustancias, entre otros. Las afecciones a la salud mental de los migrantes se presentan en síndromes, por ejemplo, de Ulises, de resignación, de desamparo aprendido y otros de naturaleza psicosocial y de tipo adaptativo, vinculados a diferencias culturales y pérdidas (véase la Figura 2).

En un principio, no se reconocieron varias afecciones de los migrantes y los padecimientos que les aquejaban no se identificaban con claridad por sus diferencias con otros grupos vulnerables. Poco a poco se vislumbró que los problemas de comportamiento que se investigaban en institutos, hospitales y universidades tenían aplicaciones en varios escenarios. Tres de estos problemas fueron la indefensión —también conocida como desamparo aprendido—, la tipología familiar y la carencia de habilidades sociales ante el reconocimiento de un choque cultural.

Considerando lo anterior, un aspecto central durante el proceso de migración es la experiencia de pérdida en diferentes formas, como la pérdida de control en la relación con el entorno conocido. Esto desata un proceso de incertidumbre que se puede convertir en lo que se conoce como indefensión o desamparo aprendido, el cual puede evolucionar y afectar otras esferas de la vida de las personas, incluso incrementar el riesgo de muerte. Como se verá más adelante, esta afec-

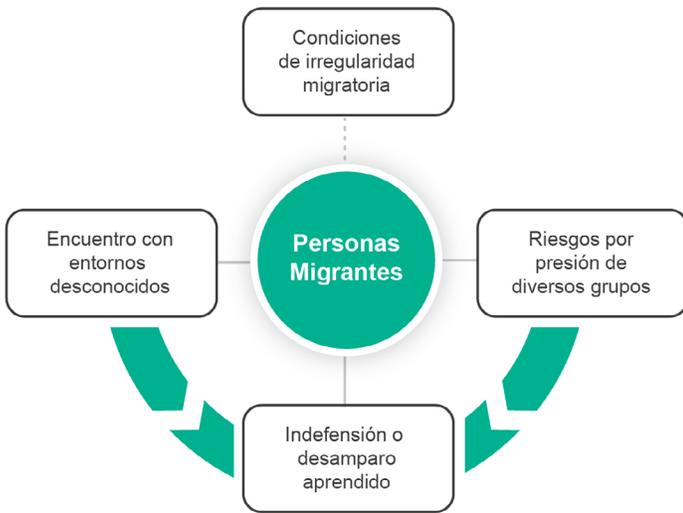
ción suele confundirse con depresión (Seligman, 1975). Frente a casos de personas migrantes que presentan trastornos del sueño, ansiedad, miedo indefinido o tendencia a la irritabilidad, el personal de salud debe ser cuidadoso e identificar si estas personas se encuentran o perciben su estado de indefensión, derivado de los cambios propios de su travesía, la presión de grupos políticos, criminales o sectas, o si sus síntomas son resultado de un choque cultural que no es fácil manejar.

En la investigación clínica psiquiátrica y la psicología cognitivo-conductual en salud mental, faltan elementos sustentados en la sociología, la antropología, la demografía y la psicología social para reconocer en las personas migrantes los problemas derivados de la intimidación de grupos y la falta de control que deriva en alguna forma de indefensión o desamparo aprendido (Cooper, 2001; Seligman, 1975). Estos componentes, por lo general, no son considerados en los textos de psicoterapia para personas migrantes.

Para fines del presente documento, se entiende por migrante cualquier persona que se desplaza del lugar que habita a otro. Los inmigrantes son las personas que llegan a un país y los emigrantes son los que dejan su país. La mayoría de las personas migrantes presenta depresión, ansiedad, trastornos del sueño, ataques de pánico, duelos no resueltos, estrés postraumático, irritación o ciertas formas de agresividad e intolerancia, como señala Bravo (1992).

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2020), la experiencia clínica ha mostrado que las sensaciones de malestar, inseguridad o ansiedad, ideas irracionales o sentimientos confusos son indicadores de afecciones en la salud mental de las personas migrantes y

Fig 2. Representación esquemática básica de factores no médicos que comprometen la salud de migrantes



Fuente: Elaboración propia

es necesario reconocer su presencia, atender su impacto y pensar en otras opciones de atención. Por ejemplo, cuando las personas adoptan otra creencia religiosa, puede haber conflictos familiares que no existían (Hassan, 1990). La reintegración a las comunidades de origen de los migrantes que retornan con otro credo se hace más difícil por el distanciamiento de la familia y aumentan los conflictos personales, que pueden llegar a la violencia interpersonal.

La protección que brinda la red de apoyo social a cualquier persona de una comunidad se debilita en una condición de migración. En la Figura 2 se ejemplifican algunos factores que pueden afectar a las personas migrantes y se presenta una perspectiva que no se reduce a una visión psiquiátrica, más bien la complementa. Se observa que la irregularidad migratoria suele relacionarse con la condición de migración de las personas. Al mismo

tiempo, el encuentro con entornos desconocidos y la presión de grupos pueden desencadenar un estado de desamparo aprendido debido a relaciones inestables entre la persona y su entorno inmediato.

La CMDPDH (2020) reporta que para las personas migrantes el riesgo no es sólo durante el tránsito a otro lugar, también hay riesgo si por algún motivo deben retornar. Las personas suelen obviar que los lugares pueden sufrir transformaciones, como si el entorno del que salen permaneciera estático, y tampoco anticipan que los cambios también se efectúan en ellas mismas. La OIM (2020) plantea que las personas migrantes no sólo cargan con los deseos e inquietudes propias, sino también con las expectativas o pesares que su familia les ha impuesto. Las necesidades de cuidar la salud mental varían según el estado psicosocial en que se encuentre la persona. Las personas no migrantes disponen de recursos como un espacio habitacional definido, regularidad laboral relativa y acceso a servicios, en contraste con quienes son migrantes, que además conforman un grupo muy diverso.

Alcance y objetivo

El presente manual se orienta al personal de salud que brinda atención básica a la salud mental en el primer nivel a personas migrantes, principalmente. Podrá utilizarse como apoyo para que el personal de salud de las Américas y el Caribe identifique aspectos generales básicos de afecciones a la salud mental de las personas migrantes. La información presentada es un complemento de los manuales, lineamientos y normas que cada país proporciona a su personal de salud.

La finalidad de este instrumento es orientar y capacitar al personal de enfermería, medicina y

trabajo social, para que pueda fungir como orientador psicológico. Se ofrece información concreta y clara en elementos conceptuales, habilidades de atención y desarrollo de estrategias básicas en consulta de primer nivel para centros e instituciones de salud para personas migrantes con necesidades de atención en salud mental. Se considera un enfoque no farmacológico ni psiquiátrico y se propone un enfoque basado en evidencia.

Indicaciones para el uso del manual

El presente documento deberá utilizarse de manera secuenciada de acuerdo con las secciones que se consulten. Se han incluido recuadros con cuestionarios o indicaciones para la actividad que corresponda. Aunque los ejercicios pueden ser individuales, se recomienda trabajar con otras personas para reunir ideas y puntos de vista diversos. Al finalizar la revisión del documento, se espera que quien lea el manual pueda desarrollar un programa a la medida de sus posibilidades, en concordancia con los planes y programas de salud vigentes en su comunidad. Se invita a compartir y comentar los resultados de los cuestionarios individuales entre participantes y ponentes, con miras a construir una red de colaboradores.

Cuestionario 1, para discusión colectiva

1. En tu experiencia personal, ¿cuáles han sido los problemas más frecuentes de salud mental con los que te has encontrado?
2. ¿Qué le cambiarías al concepto de salud mental de acuerdo con la aplicación que has visto?
3. ¿Qué puedes reconocer en algunos de los problemas de salud mental que podrían tener un origen no psiquiátrico?
4. En tu experiencia, ¿qué tipo de problemas serían considerados en la salud mental y cómo se podrían atender?
5. ¿Cuáles son las herramientas que podrías tener para brindar apoyo y orientación a personas migrantes con problemas de salud mental?

Sección I. Marco de referencia

1.1. Importancia de atender la salud mental en migrantes. Bases de la salud mental para profesionales de la salud

La salud mental, a diferencia de otras áreas, tiene la particularidad de referirse no sólo a un estado, sino también a un conjunto de procesos adaptativos y de actualización a lo largo de la vida de las personas. Esto implica que en todo momento los sujetos se encuentran en un flujo de acciones, formulación de metas, toma de decisiones, eventos, reacciones, presiones, demandas, respuestas, necesidades, afecciones, riesgos y malestares que comprometen su estilo de vida, y no son necesariamente la causa de sus padecimientos (Berenzon y Vargas, 2014; Bravo, 1992).

En 2004, la OMS revisó sus propuestas de salud y, con base en los planteamientos de 2001, definió la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo puede reconocer sus propias aptitudes para afrontar las presiones normales de la vida, en la cual puede trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. La OMS integra la salud mental a la salud en general, como una gama de actividades en las que las personas pueden estar en “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, además reconoce que los problemas de salud mental tienen una vinculación importante con los niveles de pobreza y el bajo nivel educativo (OMS, 2018). En la

definición de salud mental se procuró respetar las diferencias culturales de todo tipo y las tres ideas de bienestar: físico, social y mental.

La OMS y la OPS han elaborado documentos, notas, manuales y guías con lineamientos para hacer frente a las necesidades de las personas cuya salud mental se ha visto afectada por una diversidad de circunstancias, en este caso, por las implicaciones de la covid-19. Hay situaciones que impactan las condiciones de vida de las personas migrantes que no han sido estimadas como alternativas para brindar atención con una visión más social e inclusiva (OIM, 2020).

Además del sustento biológico, la salud mental está muy comprometida por condiciones psicosociales, que se manifiestan como presiones positivas y negativas de otras personas. A partir de las decisiones y soluciones válidas y pertinentes en la vida, con los riesgos que se puedan correr, se materializa la condición de bienestar. En el contexto actual de emergencia sanitaria por covid-19, es indispensable tomar en cuenta la perspectiva de los derechos humanos.

La salud mental es una condición personal que también se expresa como comportamiento colectivo, conformada por mecanismos de adaptación—aprendizaje, prevención, toma de decisiones y solución de problemas—, y proyecciones en el momento inmediato y hacia el futuro. La salud mental incluye el desarrollo de procesos de socialización que implican la mejor utilización de las habilidades y los recursos individuales en todas las esferas de la vida, para que las personas lleven una vida independiente y mantengan su individualidad y autonomía.

La atención a la salud mental de las personas migrantes ocupa un lugar prioritario, más aún ante

las condiciones tan cambiantes y confrontantes causadas por la pandemia de covid-19. Sánchez (2020) y Achotegui (2003) coinciden en que migrar siempre conlleva esfuerzo y dificultades, pero en la emergencia actual todo un sector de migrantes vive situaciones de estrés relacionadas con problemas con sus documentos, el trabajo, la imposibilidad de viajar con su familia, entre otros, que detonan la aparición de las patologías denominadas síndrome de Ulises y síndrome de adaptación.

Para Achotegui (2009), el síndrome de Ulises se asocia a varias formas de duelo por la pérdida de familia, cultura, entorno y seguridad. El síndrome de adaptación combina síntomas depresivos, como tristeza y llanto e incluso agresividad, con síntomas de ansiedad, como pensamientos recurrentes muchas veces irracionales, insomnio, irritabilidad y somatizaciones que incluyen cefaleas, fatiga y síntomas confusionales, por ejemplo, pérdida de memoria, atención deficiente, confusión temporal y espacial. Estos malestares no siempre requieren atención farmacológica y pueden atenderse con herramientas de orientación psicológica en estrategias grupales, acciones comunitarias, reuniones informativas y de apoyo, en sesiones breves organizadas por el personal de salud.

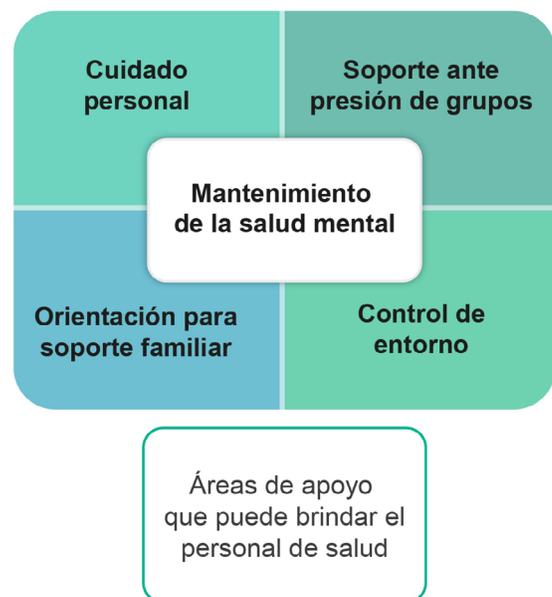
1.2. Introducción del personal de salud a la salud mental

Desde el primer nivel de atención y la consulta externa, los profesionales de la salud suelen encontrar una diversidad de problemas que afectan

la salud de las personas. En este manual se señala que el personal de salud puede colaborar en aspectos como el cuidado personal de la salud en general y de la salud mental en particular; el control de la persona migrante sobre el entorno en el que se encuentra; el manejo y la superación de la presión de grupos externos, y la identificación de elementos que ayuden a mantener una relación familiar funcional y saludable.

Achotegui (2016) comenta que es frecuente confundir el tipo de problemas y afecciones entre la población migrante y recomienda que los profesionales de la salud recurran a información sobre lo que podrían encontrar en consulta, porque

Fig 3. Representación de formas de apoyo que el personal de salud puede brindar a la salud mental de personas migrantes



Fuente: Elaboración propia

algunas veces los problemas de salud mental no implican trastornos psiquiátricos, sino ser problemas de adaptación. En la Figura 3 se aprecia que no se parte de planteamientos de la psicopatología ni se busca formular diagnósticos en un principio, no obstante, no se descarta el acercamiento psiquiátrico cuando sea necesario o lo indique el diagnóstico. El objetivo es generar una visión de la salud mental en la que el personal de salud complementa los recursos profesionales con los que cuenta para desarrollar estrategias no farmacológicas de atención a la salud mental, como intervenciones breves en cuestiones de orientación y apoyo —a manera de intervención en crisis— porque la población migrante no tiene tiempo para un tratamiento psicológico completo.

En la actualidad, el concepto de salud mental incluye el acercamiento a la cultura, el arte, la espiritualidad, la ciencia y el ambiente natural en el que se desarrolla el curso de vida, ya no se acota al bienestar físico, mental y social, como se pensó durante muchos años. En 1999, Pedersen comentó que, a diferencia de otras áreas de la medicina, la salud mental no suele expresarse con malestares físicos reconocibles que faciliten su identificación, diagnóstico y tratamiento. No obstante, esos malestares pueden tener efectos físicos que dañan la salud y estar asociados a carencias de tipo social. Muchas afecciones de la salud mental tienen su origen en factores bioquímicos o en la organización y estructura cerebral, la mayoría se manifiesta en patrones de comportamiento inadecuado que pueden poner en riesgo la vida y la salud física de la persona y de quienes le rodean (Fuente, 2014).

El perfil de la consulta psiquiátrica ha cambiado de forma considerable en los últimos años. El

nuevo perfil incluye violencia y maltrato a mujeres y niños —que no depende sólo del crimen organizado—, un aumento de trastornos alimenticios y psicofisiológicos, crisis de angustia, fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la automedicación creciente. Sin embargo, la depresión sigue siendo la afección predominante entre los problemas de salud mental (Fuente, 2014; Jerez y Silva, 2014).

Desde 2018, la OMS define la salud mental como un estado de bienestar que es la base para el funcionamiento efectivo de una persona y su comunidad, en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar las tensiones cotidianas y trabajar de forma productiva y fructífera. Vivir en un estado de salud mental óptima implica que la persona percibe el entorno y se relaciona con él de manera realista, funcional y preventiva; se prepara para las crisis y los problemas inevitables, y disfruta los momentos que la vida le brinda, además, su comportamiento lo lleva a cuidar su vida, la de otros y su contexto. En la salud mental, las crisis y el dolor también se viven en su justa dimensión, no se evitan, se niegan o disfrazan, se hace lo necesario para que las experiencias ocupen su lugar.

La salud mental afecta la manera en la que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida y ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, cómo nos relacionamos con los demás y cómo tomamos decisiones. Por estas razones se le considera el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y su entorno sociocultural, que incluye el bienestar emocional, psíquico y social.

Según el planteamiento de la OMS (2019), las enfermedades mentales son trastornos psiquiátricos que pueden ser graves, por ejemplo, la esquizofrenia, los trastornos de personalidad y

Tabla 1. Clasificación de enfoques en la atención a la salud mental

Enfoques teórico-conceptuales	Escenarios de aplicación			
	Consulta clínica	Clínico Institucional	Apoyo social albergues	Apoyo comunitario
Psicodinámico	XXX	XXX	XX	XX
Cognitivo-conductual	XXX	XXX	XX	X
Humanista	XXX	XXX	XXX	XXX
Psicosocial	X	XX	XXX	XXX
Transpersonal	—	X	—	X

Fuente: Elaboración propia

paranoides, la psicosis, las depresiones crónicas y otros que dificultan o impiden el desarrollo de las capacidades funcionales estándar y afectan tres o más aspectos de la vida cotidiana. Estos aspectos pueden ser la higiene personal, el autocuidado en general, el autocontrol, las relaciones personales y familiares, las interacciones sociales, el respeto a los límites, la postergación de decisiones y la solución de problemas, la recreación y el ocio. También puede afectar el desarrollo de la autosuficiencia económica por una baja o nula participación en el desempeño laboral. Se puede sospechar de un trastorno mental cuando se observa en el comportamiento de la persona una combinación de alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones tanto con los demás como con el entorno.

Galvis (2015) comenta que durante mucho tiempo predominó la psiquiatría descriptiva basada en el modelo médico, que describía el proceso de

la enfermedad y delineaba medidas de atención general, más de carácter físico y circunscritas al confinamiento en instituciones psiquiátricas. A comienzos del siglo pasado aparecieron las teorías de la relación interpersonal y emocional como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, por lo tanto, se consideró que eran necesarios tratamientos que tomaran en cuenta el ambiente en el que se desenvolvía el paciente. Esto propició nuevas funciones para la enfermería psiquiátrica, que desde entonces participa e interviene en el tratamiento comunitario, familiar y de grupo. Hoy la atención a la salud y a la enfermedad mental aún se centra en la patología del cerebro y el sistema nervioso en general, pero se ha enriquecido con las aportaciones de otras disciplinas, como la enfermería, la sociología y las ramas de la psicología.

Un aspecto que suele causar confusión entre los profesionales de la salud es la diversidad de enfoques teóricos y conceptuales derivados de

Tabla 2. Relación de condición de migración, indicadores de riesgo y fuentes de afectación

Indicadores de riesgo en la salud mental	Personas Migrantes	Fuentes de afectación
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Indefensión o desamparo aprendido • Estrés • Alteraciones del sueño • Fatiga crónica • Irritabilidad • Confusión • Miedos • Consumo de drogas • Otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas migrantes legales • Personas migrantes indocumentadas • Personas migrantes como refugiadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Presión y preocupación por la familia • Violencia social • Grupos delictivos en tráfico de personas, armas y drogas • Grupos sectarios • Presión política • Desastre ambiental • Otros

Fuente: Elaboración propia

la psicología clínica, la psicopatología y la psicoterapia. Esta variedad de opciones ha brindado estrategias y recursos para atender una amplia variedad de problemas emocionales y de comportamiento, tanto individual como grupal. Cada enfoque tiene un impacto diferente en cuanto a duración, alcance y profundidad del cambio en su ámbito de aplicación, como se muestra en la Tabla 1. Los enfoques son independientes entre sí, pero pueden complementarse, además, la investigación en neurociencias empieza a abrir caminos para vincularlos y actualizarlos (Bears, Connors y Paradiso, 2008).

Las celdillas marcadas con X indican qué tan común es recurrir a cada aproximación teórica en ciertos ámbitos. El enfoque más conocido es el psicodinámico, que tuvo su origen en el psicoanálisis de Sigmund Freud, pionero en la atención a la salud mental en hospitales y hospicios, y la

llamada psicología profunda de Carl Jung. A partir de estudios experimentales, se desarrolló la perspectiva cognitivo-conductual, con más presencia en el campo clínico institucional por la naturaleza de sus estrategias de tratamiento. Casi a la par, surgió el enfoque humanista, muy utilizado en el ámbito comunitario. Dadas las propuestas de la OMS y la OPS, la aproximación psicosocial ha tenido más presencia en albergues y espacios comunitarios. Estos cuatro enfoques tienen una historia reconocida y nuevos planteamientos generados en la investigación clínica, experimental y aplicada.

La perspectiva transpersonal cada día cobra más relevancia en los ámbitos clínico y comunitario, pero aún falta mucha investigación para que se reconozca en la consulta clínica y el campo clínico institucional. También es necesario señalar que es de muy reciente incorporación en los planes de estudio de las universidades.

Hay diversos indicadores que muestran los riesgos a la salud mental de las personas migrantes, y se originan de diversas fuentes de afectación tal como se muestra en la Tabla 2. Los indicadores pueden ser abordados desde diferentes perspectivas y pueden afectar de diversas formas a las personas migrantes según su condición de migración; no es lo mismo ser migrantes legales a ser migrantes indocumentados o refugiados. Además, las personas migrantes carecen de control sobre las fuentes de origen de lo que les afecta.

1.3. Cómo es un proceso terapéutico en salud mental

Con base en los planteamientos de Cooper (2001), el proceso terapéutico consiste en una serie de sesiones, en bloques de 10 a 12, y busca que la persona clarifique las situaciones que le han llevado a una situación de malestar y sea más consciente de lo que hace, siente y piensa, y cómo eso desemboca en conflictos o problemas. La posibilidad de asistir a varias sesiones depende del tipo de migración en el que se encuentre la persona.

Cooper señala que el terapeuta facilita que el estado consciente se amplíe y la persona se dé cuenta de su participación en las situaciones que padece y pueda proponer una solución. En general, un proceso terapéutico ayuda a reconocer y entender:

- Cómo se enfrentan las situaciones que causan problemas.
- Cómo se toman decisiones que comprometen la propia seguridad.

- Cómo se construyen pensamientos que comprometen su estilo de vida.
- La manera de relacionarse con otros.
- Los significados asociados a ciertas personas, eventos u objetos.
- Las reacciones ante circunstancias o personas.
- De qué manera repercute en los demás la forma de ser de la persona.
- Cómo se boicotean los logros propios.
- Cómo se construyen las experiencias propias en el mundo y cómo las personas influyen en el modo de ser y vivir.

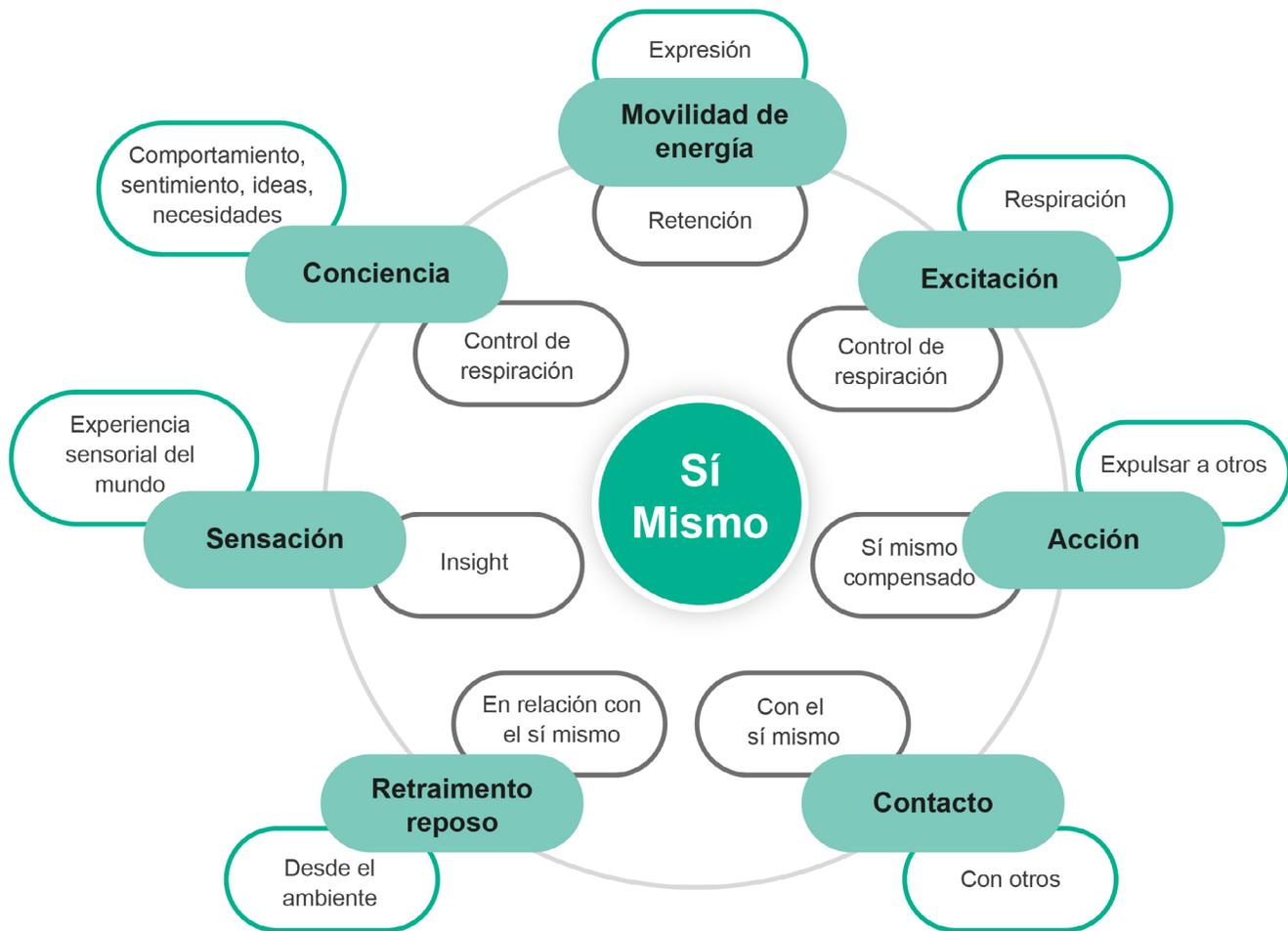
En la Figura 4 se presenta un modelo de proceso terapéutico retomado de la terapia Gestalt, que incluye procesos básicos del organismo natural. El personal de la salud puede apoyarse en él para dar seguimiento a la forma en que la persona puede verse afectada emocionalmente.

El personal de salud ya tiene un precedente de las reacciones naturales del organismo ante los estímulos y las identifica. También se requiere distinguir entre el proceso psicoterapéutico en sí y las acciones terapéuticas en la atención al paciente que no son la finalidad principal. Es importante considerar el proceso psicoterapéutico como un tratamiento ante diversos problemas que afectan la salud mental (Fuentes y Lorenzo, s. f.; Rogers, 1982).

Fase 1: evaluación

Esta fase puede tomar de una a dos sesiones. El psicólogo recopila la información relacionada con el motivo que lleva a la terapia para establecer un plan o estrategia. La evaluación es fundamental para

Fig. 4. Ciclo Gestalt de reacciones del organismo



Fuente: Elaboración propia con base en Zinker (2000).

definir los objetivos y la dinámica del proceso. En ese momento se brinda la atención que se requiera o se pueda. Es posible que se necesiten de dos a tres sesiones para apoyar en una crisis. También se puede trabajar con un enfoque de terapia breve de 10 a 12 sesiones y un programa con metas definidas de tiempo variable. Otra opción es especificar que se trabajará por un periodo prolongado.

En el caso de la atención a migrantes, la condición de la restricción temporal impide hacer una evaluación completa de acuerdo con el enfoque psicológico elegido y las condiciones particulares del paciente. Hoy se discute la importancia del tiempo que se dedica a obtener información en lugar de atender la necesidad, por esta razón, al

tratar a migrantes es recomendable que la evaluación se centre en cuatro puntos: 1) explorar las necesidades inmediatas; 2) reconocer las peticiones del paciente; 3) reconocer sus recursos psicosociales, y 4) definir posibilidades.

Fase 2: explicación de la hipótesis

En esta fase, el profesional de la salud transmite información relevante al paciente sobre su problema, le guía para entender qué ocurre y reconocer cómo ha llegado a ese punto, y explica el plan de tratamiento que le ayudará. No hay una cantidad específica de sesiones para esta fase, pero como mínimo una o dos deben destinarse a compartir el análisis funcional, los objetivos de intervención y el plan de tratamiento.

Fase 3: tratamiento

En esta fase, el paciente recibe las nuevas estrategias que le permitirán enfrentar los problemas y los síntomas del trastorno. Se podrán modificar los pensamientos irracionales y reducir el malestar. Es posible que en cada sesión se reciban instrucciones para realizar actividades que generalizarán los aprendizajes obtenidos en la sesión.

En un enfoque de terapia breve, esta fase puede durar entre ocho y 12 sesiones, todo depende del tipo de trastorno o problema de salud mental que presente el paciente. Las personas migrantes disponen de poco tiempo, por lo tanto, hay que consolidar cada punto que se trabaje en las sesiones.

Fase 4: redefinición

Es posible que los avances en el tratamiento permitan que la persona revalore sus prioridades y que el profesional de la salud o psicólogo cambie la forma de apoyo que le brinda. En ese momento, la prioridad es revisar el problema del que se partió y cambiar un proceso de psicoterapia por otro de orientación psicológica o asesoría, en el que se tratarían cuestiones de solución de problemas y toma de decisiones a las que las personas migrantes se enfrentan en su condición cotidiana, en lugar de trabajar alguna preocupación emocional.

Fase 5: seguimiento

En esta fase, las sesiones se hacen más espaciadas para que el personal de salud se asegure de que los cambios y mejoras de las fases 3 y 4, o alguna de las dos, se mantienen y se consolidan. Las estrategias aprendidas se generalizan hasta que se pueden aplicar a otras situaciones.

Fase 6: cierre y conclusión

Fase final en la cual la persona nota el incremento de su bienestar y su nivel de conciencia. Como orientador psicológico, el personal de salud puede planificar un final, que puede ser temporal o definitivo, y dejar la puerta abierta por si el paciente tiene una recaída o necesidad específica.

Por lo general, el proceso psicoterapéutico es a largo plazo y los avances paulatinos. En el caso de la orientación psicológica con migrantes, el tiempo es restringido y la orientación debe ser muy puntual. Se requiere paciencia y confianza en la orientación psicológica o emocional que se brinde.

1.4. Salud mental durante la covid-19, 2020

La movilidad de la población migrante se ha visto restringida ante las limitaciones que los gobiernos, de todo el mundo, han impuesto a la movilidad de viajeros por el riesgo de contagio de covid-19 y los costos asociados a su atención, además de la imposibilidad de acceder a una historia clínica completa.

Según datos de la Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA, 2020), quienes han padecido covid-19 se han visto afectados en pulmones y corazón, pero también se sospecha que hay daño cerebral, que impacta las funciones neuropsicológicas cognitivas y afectivas. Se desconoce la magnitud del daño, pero ya se reportan observaciones y se empieza a reconocer la necesidad de dar atención a migrantes y que pueden ser asintomáticos.

Los problemas de salud que presentan los migrantes y refugiados son similares a los del resto de la población, aunque quizá con una prevalencia más alta en algunos grupos. Las personas refugiadas y migrantes padecen con frecuencia lesiones accidentales, hipotermia, quemaduras, accidentes cardiovasculares, complicaciones del embarazo y el parto, diabetes, hipertensión y desnutrición. Las mujeres migrantes se enfrentan también a dificultades específicas en el ámbito de la salud materna, del recién nacido y el niño, la salud sexual y reproductiva y la violencia de género, por lo cual Berenzon y Vargas (2014) recomiendan acercarse a estos temas desde el enfoque de determinantes sociales de la salud.

Fuente (2020) ha señalado que la exposición de los migrantes a los riesgos derivados de los desplazamientos —trastornos psicosociales, pro-

blemas de salud reproductiva, mayor mortalidad neonatal, uso indebido de drogas, trastornos nutricionales, alcoholismo y exposición a la violencia— aumenta su vulnerabilidad a las enfermedades no transmisibles. El reto principal que enfrenta la atención a la salud mental de migrantes es la interrupción del tratamiento continuo, crucial para las afecciones crónicas, ya sea por falta de acceso a quienes la dispensan o por el desmoronamiento de los sistemas de atención sanitaria.

António Guterres (2020), secretario general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y la OMS recomiendan encarecidamente ofrecer y efectuar controles de salud a personas refugiadas y migrantes para detectar enfermedades transmisibles y no transmisibles, para velar por las que necesiten protección sanitaria. Esta medida debe respetar los derechos humanos y la dignidad de los migrantes y vigilar que los resultados de los reconocimientos nunca se utilicen como excusa para expulsar a una persona de un país.

El personal de la salud debe tener en cuenta que los reconocimientos obligatorios suelen disuadir a los migrantes de solicitar una revisión médica, lo que impide la detección de los pacientes con problemas delicados de salud.

Como parte de la cobertura sanitaria universal, la OMS apoya las políticas que buscan ofrecer servicios de atención a la salud de migrantes y refugiados, sin importar de su condición jurídica. Todas las personas desplazadas deben tener acceso pleno a un entorno acogedor, a medidas de prevención como la vacunación y cuando sea necesario, a atención sanitaria de calidad, sin discriminación por sexo, edad, religión, nacionalidad o raza. Ésta es la manera más segura de garantizar que la población residente no se exponga inne-

cesariamente a agentes infecciosos importados.

Fuente (2020) también resalta la importancia de contar con personal de salud capacitado en temas de salud mental asociados a la covid-19 y plantea que las condiciones que rodean el proceso de migración, como las malas condiciones de vida y de trabajo, las barreras para acceder a los servicios de salud y la explotación, ponen en riesgo la salud de las personas migrantes. Esto implica hacer uso de un lenguaje adecuado y pertinente, con recomendaciones culturalmente apropiadas y garantizar que todas las personas migrantes en situación regular o irregular reciban atención sanitaria sin temor a estigma, arresto o deportación.

1.5. Efectos de la covid-19 en la salud mental de personas migrantes

El distanciamiento físico, el trabajo desde la casa o su pérdida, el aislamiento y la incertidumbre causados por la pandemia de covid-19 tienen efectos directos en la salud mental. Por un lado, está el temor generalizado al contagio y sus consecuencias; por el otro, las rutinas han sufrido un cambio radical. En el sondeo que desarrolló en junio de 2020 sobre los efectos de la emergencia sanitaria en personas migrantes de América Central y México, la OIM (2020) encontró que 59% de los encuestados reportó afectaciones a su salud mental. Los padecimientos más frecuentes fueron estrés, tristeza y ansiedad, que pueden tener repercusiones somáticas intensas, que comprometen la salud física de las personas.

Los migrantes no sólo enfrentan riesgos, también temen por sus familias y por el hecho de no poder hacer nada por ellas. En estas condiciones, es común encontrar situaciones que desencadenan la soledad asociada con el duelo.

1.6. El personal de salud y actitudes que favorecen la salud mental

Algunas de las preocupaciones del personal sanitario son garantizar la mejor atención al paciente, que cumpla su tratamiento y cambie sus resistencias. La actitud del personal de salud es central para la percepción de los pacientes y sus familiares, más aún en la atención que se brinda por la covid-19. No es una técnica que se aplica de manera mecánica o programada, es una forma de ser que cualquier persona puede desarrollar y expresar con naturalidad. La salud no sólo depende de la atención física, ambiental y social que se le da al paciente, también está sujeta al desarrollo de formas de comportamiento que implican el cuidado propio.

En su trabajo con personal de salud y educativo, Rogers (1982) planteaba que en cada relación personal se expresaban ciertas actitudes. De acuerdo con su investigación, en psicología existen tres actitudes básicas del cambio: congruencia, empatía y aceptación incondicional. Cualquier persona puede expresarlas en su interacción con otros, facilitan el bienestar, le otorgan las características de funcional, saludable y rea-

lista a una relación funcional, y son en sí mismas promotoras de la salud mental.

La congruencia se expresa con un comportamiento acorde con la condición en la que se encuentra la persona, que reconoce cómo se percibe y cómo se expresa ante otros. Por ejemplo, si hay enojo, su expresión, comportamiento, discurso y sentimiento se reconocen como correspondientes al enojo y así lo perciben otros. La persona puede expresar que se siente enojada con otros individuos, pero no los agredirá ni tratará de suavizar las cosas para que estén mejor sin reconocer cómo le afecta lo que sucede.

Lo mismo pasa en la expresión de cualquier otro estado emocional sin exagerar las condiciones. La actitud de congruencia incluye reconocer las limitaciones personales, los sentimientos de impotencia, satisfacción y otros. Esta actitud le permite al profesional de la salud reconocer los límites a los que ha llegado en la atención a pacientes en condición crítica. Puede llegar el momento en el que el profesional de la salud exprese: “la noto molesta y preocupada. Nosotros estamos igual y yo la atenderé lo mejor que se pueda”. Ésta es una expresión consistente con lo que pasa y lo que se siente.

La empatía se manifiesta cuando una persona se puede poner en contacto con los demás al percibir e identificar sus sentimientos, como “estando en sus zapatos”. Cuando hay empatía, se registra lo que le pasa a otros como si fuera algo propio: si hay dolor, duele; si hay enojo, molesta; si hay alegría, reconforta. El personal de salud puede sentir mucho cansancio y desasosiego por las personas con las que trabaja, y en ocasiones, llegar al colapso.

La aceptación incondicional se refiere a actuar de manera que no se juzgue a nadie en lo que hace y expresa, a pesar de lo aberrante y molesto

que pueda ser. Requiere estar dispuesto a escuchar cualquier cosa que otra persona necesite expresar. Esta actitud implica una gran responsabilidad, pues coloca al personal de salud en la disposición a escuchar y percibir cualquier cosa. No quiere decir que se apruebe lo que sucede, sólo se brinda la oportunidad de diferenciar a la persona del comportamiento que expresa. Una cosa es el comportamiento y otra su naturaleza.

Estas actitudes no implican que el personal de salud exponga cuestiones personales, pero sí que exprese cómo se encuentra y algunas de sus necesidades, por ejemplo: “estamos trabajando para atenderle, pero necesito que usted me apoye en algunas cosas”, “veo qué difícil es su situación, yo me sentiría igual, por eso considero que...”, “por lo visto, todos estamos cansados y hay miedo, así que podemos buscar qué hacer para...” y frases similares.

1.7. Niveles de atención a la salud mental del paciente

En una revisión general de la literatura sobre la atención a la salud mental y con base en los planteamientos de Cooper (2001) y Gold y Striker (2001), se observa que la investigación en psicología clínica y psicoterapia identifica cuatro niveles posibles de atención en la consulta externa:

1. Atención al síntoma: cuando se actúa en el momento más inmediato y álgido de una crisis para contener o minimizar el síntoma, después se canaliza al paciente a donde corresponda.

Puede ser algo crítico como un intento suicida, una crisis de llanto, miedo por sentir alguna amenaza o reacciones por intoxicación por drogas.

2. Tratamiento del problema: en esta fase se brinda atención más dirigida y durante varias sesiones para definir la situación problemática y las soluciones posibles.
3. Desarrollo humano: la persona busca un bienestar psicológico personal y puede gestionar los problemas que se le presentan.
4. Búsqueda de trascendencia: la persona busca hacer algo de la mayor importancia para ella y para otros, y se compromete con proyectos que requieren mucha entrega, incluso sacrificio, en cuanto a tiempo y esfuerzo.

Los primeros dos niveles son negativos para la salud, los dos últimos son positivos en la vida de la persona. Es muy común encontrar el primer nivel en la consulta externa. Lafarga (1996) desarrolló el esquema básico de la salud (EBS), un modelo de integración de los componentes de la salud mental (Figura 5) que puede ser útil para el personal de enfermería, medicina y trabajo social, porque esboza cómo fluye el desarrollo emocional que conduce a la salud mental a la persona. Como se puede observar en la parte inferior derecha, hay elementos que comprometen el bienestar y es ahí donde los profesionales de la salud pueden actuar. Hay que recordar que diversas formas de atención tienen efectos terapéuticos emocionales, aun cuando no sea su primera intención, por ejemplo, dedicar tiempo a escuchar a la persona, preguntar por sus inquietudes, o permitirle llorar y reconocer su enojo.

La clave para tratar el esquema está en el recuadro de frustración/agresividad, porque en este punto se presenta el origen de lo que lleva a la madurez o lo que termina en disfuncionalidad, psicopatología o muerte. Lo central es que la agresividad se exprese de manera controlada, que tenga un soporte en el uso de la inteligencia que le dé cauce.

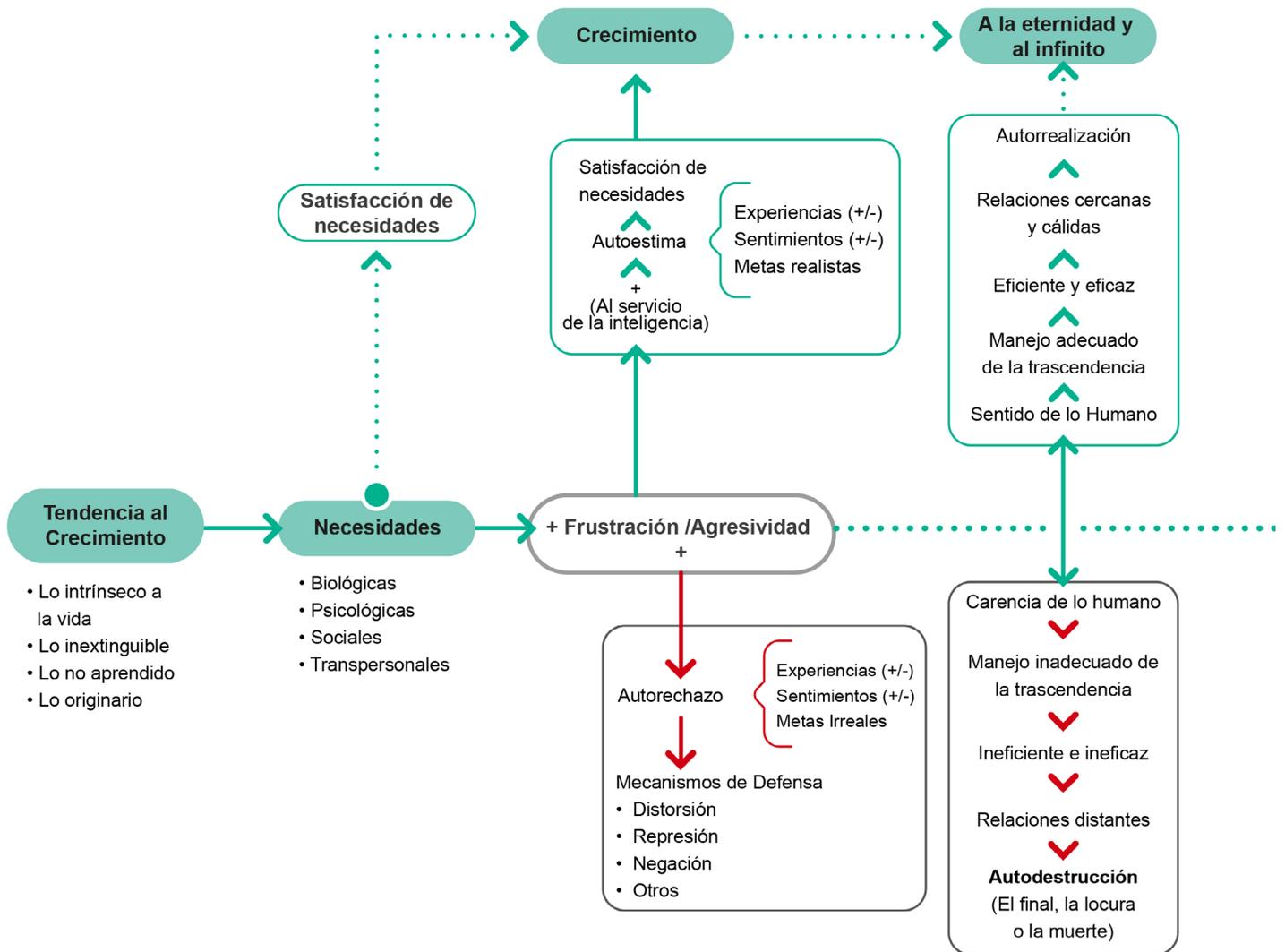
El manejo inteligente de la agresividad posibilita el desarrollo de la autoestima, entendida como el reconocimiento propio de la vida que se ha llevado y la valoración realista de los logros, con lo negativo que se ha experimentado en su respectivo lugar existencial. Cuando la persona no puede hacer esta operación, queda a merced de los impulsos que vienen desde sus necesidades y queda expuesta a la manipulación y dominio de otros.

El EBS pueden ser de utilidad para el personal de salud como una representación del desarrollo humano. No es un procedimiento rígido para atender las necesidades de salud, es un recurso para identificar las pautas del proceso de desarrollo y sobre éstas los profesionales decidirán hacia dónde orientar sus acciones.

1.8. Mecanismos psicológicos de defensa

La persona migrante se expone a circunstancias de las que no siempre es consciente, puede tener comportamientos que no reconozca como propios y mucho de esto depende de si migra sola, en pareja, en familia o en grupo. Howard (2019) y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016), después de sus experiencias de campo y clínica con migrantes, indican que las formas de soporte

Figura 5. Esquema básico psicológico de la salud mental



Fuente: Lafarga (1996).

que se reciben varían según esta condición y que en la migración con la pareja o la familia la presión aumenta, pues se espera que no pase nada grave. Al migrar de manera colectiva, se activan procesos grupales presentes en toda forma de organización social, algunos son positivos, brindan confianza y consolidan una red de apoyo, pero otros pueden

implicar el control de las relaciones interpersonales y la construcción de vínculos emocionales no siempre beneficiosos, pues surgen líderes o figuras dominantes que toman decisiones por el grupo.

La gestión de las relaciones y conflictos interpersonales se relaciona mucho con lo que la psicoterapia llama mecanismos de defensa, des-

critos en un principio como parte de la teoría del psicoanálisis, que los consideraba formas de protección del yo. Estos mecanismos no resuelven los conflictos, pero permiten que la persona los procese mejor, aunque sea de manera irreal, por eso pueden generar problemas de salud mental, pues se estructuran en formas de comportamiento inadecuadas. En la orientación psicoanalítica se considera que con frecuencia se presentan conflictos que provocan fuertes sentimientos de angustia o culpa, e impiden el funcionamiento adecuado del yo (Quintanar, 2002).

Hoy el concepto de mecanismos de defensa no es exclusivo de psicólogos con orientación psicoanalítica, también los gestaltistas, los humanistas rogerianos, los existencialistas y algunos conductistas han encontrado mecanismos de defensa que actúan en diferentes niveles. Perls (1977), creador de la terapia Gestalt, consideraba que la evitación del conocimiento y su correspondiente rigidez de percepción y conducta eran los obstáculos principales para el desarrollo psicológico. Por lo general, esta falta de equilibrio consiste en que uno siente que los límites sociales y ambientales van mucho más allá dentro de uno mismo. En el enfoque gestáltico, la neurosis se manifiesta en maniobras defensivas que impiden el desarrollo y crecimiento de la persona, como introyección, proyección, confluencia y retroflexión, cuyo objetivo es protegernos y equilibrarnos en el mundo contra el cual chocamos.

Algunos psicólogos humanistas piensan que los mecanismos de defensa incluyen la represión y la distorsión para proteger a las personas no sólo de aspectos desagradables, sino también agradables, que la persona percibe como censurables. La psicodinámica freudiana supone la

existencia de un conflicto básico en el que se lucha contra las tendencias instintivas reprimidas. En el enfoque neofreudiano el conflicto surge entre la interiorización de las figuras de los adultos contra los adultos significativos. En la posición existencial, el conflicto básico emana del enfrentamiento del individuo con los supuestos esenciales que forman parte de la existencia humana.

Según Yalom (1984), las cuatro preocupaciones esenciales son la muerte, la libertad, el aislamiento existencial y la carencia de un sentido vital.

La importancia existencial se refiere al surgimiento y relación de los temores y motivaciones inconscientes, generados por las cuatro preocupaciones esenciales, su enfoque conserva la estructura dinámica básica trazada por Freud, pero modifica radicalmente su contenido. La fórmula según la cual:

impulso > angustia > mecanismo de defensa

se reemplaza por:

Conciencia de la preocupación esencial > angustia > mecanismo de defensa

En la primera fórmula, la angustia es una señal de peligro que da rienda suelta a las pulsiones instintivas, los mecanismos de defensa restringen la gratificación directa de los instintos. En la segunda, la angustia surge de las cuatro preocupaciones esenciales y activa dos tipos de defensa: los mecanismos convencionales de Freud que defienden al individuo de la angustia general sin tener en cuenta su origen y los mecanismos específicos que protegen al individuo de los temores existenciales primarios y son la creencia en que se es específicamente distinto y la creencia en un salvador omnipresente y omnipotente.

En ambas fórmulas se da por sentado que la angustia es el combustible de la psicopatología, que los mecanismos defensivos evolucionan en función de ella y que, aunque proporcionan seguridad, restringen de manera irremediable el desarrollo y la experiencia. Las diferencias básicas entre los dos enfoques dinámicos son: 1) que los mecanismos freudianos parten de los impulsos y los mecanismos existenciales se basan en la conciencia y el temor, y 2) que el concepto de profundidad para Freud implica necesariamente excavar en el tiempo cronológico y en el enfoque existencial, según Yalom, lo importante es el presente que se convierte en futuro, no se trata de pensar en el proceso por el cual llegamos a ser como somos, sino en cómo somos de acuerdo con la propia situación existencial.

Durante la entrevista en la consulta, el personal médico, de enfermería e incluso de trabajo social puede encontrar que los pacientes tienen formas de comportamiento que comprometen la atención que se les brinda. No se trata de quitar los mecanismos de defensa ni de que la persona deje de usarlos, sino de establecer una comunicación natural y auténtica, por eso motivo es importante trabajar con las actitudes básicas del cambio.

Para el tema que nos interesa, el personal de salud debe entender que migrar es, de hecho, una decisión existencial de enorme trascendencia. Los cambios que genera y las nuevas condiciones de vida se convierten en una fuente de angustia. Los patrones de comportamiento comprometidos por mecanismos de defensa tienen implicaciones para la salud y la vida diaria, pues se distorsionan los criterios con los que se emiten juicios y muchas decisiones parecen absurdas y sin lógica. Las personas manejan su entorno con estas formas

de actuar, más aún si en el proceso de migración se encuentran en un ambiente desconocido. Los mecanismos de defensa no siempre son inconscientes, algunos son conscientes y tienen la finalidad de proteger a la persona. En función de lo anterior se pueden definir los mecanismos de defensa considerados en las aproximaciones psicoterapéuticas (Quintanar, 2007). Los primeros 15 provienen del psicoanálisis:

1. Represión. Mecanismo de defensa consciente. Consiste en la expulsión del campo de la conciencia de toda idea, sensación, tendencia, sentimiento, recuerdo e impulso amenazador para el yo. Para algunos humanistas, entre ellos Rogers, la represión no sólo sucede ante lo desagradable sino también ante las sensaciones o experiencias agradables, es decir, la gente no sólo se defiende de lo malo sino también de lo grato cuando no está acostumbrada a recibirlo.
2. Racionalización. Se trata de tener explicaciones racionales, lógicas y éticas para explicar a uno mismo y a los demás una acción, pensamiento o sentimiento que en esencia no es ético, lógico ni racional.
3. Sublimación. Consiste en convertir tendencias, pensamientos o sentimientos inaceptables en una acción digna de admiración y elogio.
4. Proyección. Es lanzar hacia adelante lo que la persona tiene y no le gusta de sí misma, atribuir a otros impulsos, pensamientos o acciones inaceptables para el yo de la persona. En la terapia Gestalt, este mecanismo es la tendencia a hacer a otros responsables de lo que tiene origen en sí mismo.

5. Desplazamiento. La persona toma un elemento perturbador y lo generaliza como parte de un todo, o bien, reemplaza un objeto o situación que le provocaría mucha angustia. Una imagen o idea puede ser sustituida por otra, aunque su vinculación sea poco lógica.
 6. Identificación. Un impulso inaceptable puede ser aceptable si se niega en uno mismo y se identifica en alguien que lo personifica.
 7. Formación reactiva. Las tendencias o impulsos inaceptables permanecen inconscientes para la persona, pero se manifiestan con conductas opuestas a su naturaleza que se pueden identificar por su exceso, rigidez y extravagancia. Se procura que el impulso que se rechaza sea disfrazado una y otra vez.
 8. Sustitución. Un objeto deseado y muy valorado pero inalcanzable es reemplazado por otro que puede ser tomado y aceptado, con características similares al primero. Algunos lo consideran un tipo de desplazamiento.
 9. Regresión. El yo se retira y da paso a comportamientos de épocas pasadas en las que dominaban estructuras intrapsíquicas menos amenazantes o más satisfactorias, como en la infancia.
 10. Conversión. Un conflicto psicológico genera de modo inconsciente un síntoma físico, aun cuando no exista un fenómeno orgánico que origine el síntoma. Siempre hay que considerar que las personas no simulan, viven lo que sienten.
 11. Compensación. Para sustituir alguna deficiencia física o en su personalidad, la persona hace resaltar un rasgo personal que considera valioso.
 12. Resistencia. La persona no coopera, incluso puede sabotear el proceso terapéutico de manera inconsciente, aun cuando dice tener pleno deseo de contribuir y seguir el proceso.
 13. Negación. No aceptar como real un evento que perturba el ego. Se puede presentar como la capacidad de recordar hechos de manera incorrecta.
 14. Aislamiento. Es un mecanismo de defensa sólo cuando se usa para proteger al ego de aceptar los aspectos que producen ansiedad en las situaciones o relaciones. Las partes de una situación que suscita ansiedad se separan del resto de la psique, de manera que haya poca o ninguna reacción emocional relacionada con el suceso. El acto o la expresión verbal van descargadas de sentimiento. También se manifiesta como pensamiento lógico, con el que la persona intenta desprender el contenido de la situación emocional en la que se encuentra.
 15. Pensamiento mágico. En lugar de aceptar responsabilidad, la persona tiende a atribuirla a una circunstancia mágica o fortuita, y a actuar con alguna forma de fascinación.
- En la terapia Gestalt se reconocen cuatro mecanismos de defensa, dentro de los cuales se incluye el de la proyección, ya mencionado previamente y también considerado por otras aproximaciones.

La función principal de los mecanismos de defensa gestálticos es confundir la discriminación de límites:

16. Introyección o “tragarse todo”. Según la terapia Gestalt, es el mecanismo contrario a la proyección. Los individuos incorporan prototipos, actitudes, formas de acción y de pensamiento que no les pertenecen, que no asimilan o no digieren lo suficiente para hacerlas propias. Las personas encuentran muy difícil distinguir entre lo que sienten en realidad y lo que otros quieren que sientan, o simplemente lo que otros sienten. La introyección también puede constituir una fuerza de desintegración de la personalidad; si los conceptos y actitudes que se tragan o incorporan son incompatibles entre sí, los individuos que tienden a introyectar se sentirán hechos pedazos.
17. Confluencia. Según la terapia Gestalt, en este mecanismo el individuo no nota ningún límite entre sí mismo y el medio. El individuo no puede aceptar la sensación de limitación, no permite ni tolera las diferencias. En sí misma no es patológica, pero su exageración hace imposible un ritmo sano de contacto y aislamiento.
18. Retroflexión. Es el último de los mecanismos de defensa gestálticos. Significa doblar hacia atrás. La persona se vuelve contra sí misma, haciéndose sujeto y objeto de todas las acciones.

Los mecanismos de represión, ya mencionado al inicio de la lista, y la distorsión, son mecanismos defensivos considerados por Carl Rogers y los humanistas:

19. Distorsión. Mecanismo consciente en el que se disfraza la realidad para que parezca mejor.

Los siguientes dos mecanismos proceden del existencialismo, protegen al yo de las cuatro preocupaciones esenciales que subyacen a toda existencia humana (la muerte, la libertad, el vacío o aislamiento existencial, y carencia de un sentido vital):

20. Creencia en que se es especialmente distinto. La persona cree en lo más profundo que la inexorabilidad de la mortalidad es para los demás, pero no para sí.
21. Creencia en un salvador. La persona cree que existe un interceptor personal omnipresente, una fuerza o ser que nos observa, ama y protege eternamente.
22. Evasión. Es un mecanismo defensivo reconocido por diversas aproximaciones. Consiste en evitar encontrar o hacer algo que suele percibirse como amenazante.

Una vez que se integra el estudio del paciente, incluyendo la batería de pruebas, se da un paso que considero el más comprometedor, pues con él se legitima un discurso y una visión de la realidad que muchas veces tiene limitaciones serias e implicaciones para el paciente. Si se conserva sólo la visión médica, se corre el riesgo de ignorar la parte existencial y social del individuo.

Es necesario tener presentes los mecanismos de defensa expuestos, pues son reacciones naturales, espontáneas y no conscientes, con la que los seres humanos hacemos frente a tensiones,

amenazas y eventos críticos. En el caso de la caravana migrante, una reportera preguntó a personas que habían quedado varadas en la frontera con Estados Unidos si tenía sentido lo que les estaba pasando y le llamó la atención que las respuestas coincidieron: “si esto es lo que quiere Dios, así será”, “éstas son pruebas que Dios nos pone en el camino”, “la policía nos reprime solamente porque somos hondureños”, “no se dan cuenta que ellos nos necesitan, que venimos a trabajar y tenemos el derecho de cruzar” (Univisión Noticias, 2018). Estas expresiones estaban cargadas de sentimiento, pero no se basaban en argumentos, sólo exponían creencias personales, además, la presión del grupo parecía validar las demandas.

1.9. Migración e indefensión aprendida

Dadas las condiciones de la pandemia de covid-19, se han presentado reacciones sociales que van desde la incredulidad hasta el reto de la exposición al contagio, sin embargo, esta situación afecta más a las personas en condición de vulnerabilidad. En el presente manual se da prioridad a las implicaciones para personas migrantes, afectadas o no por covid-19, como una respuesta a las peticiones de la ONU y la OMS de atender la salud mental de la población mundial. Responder también requiere cambiar la visión con la que se ha trabajado y tomar en cuenta otras afecciones que se presentan entre la población migrante, como el desamparo aprendido.

En 1975, en su libro *Indefensión*, Seligman reporta que la falta de control que el individuo puede tener sobre su ambiente es la principal causa

de un estado de desamparo aprendido o indefensión, que puede llevar a la muerte. Cita el estudio de Engel y colaboradores, quienes presentan 170 casos de muertes repentinas durante estados de alta tensión psicológica. Seligman clasifica los contextos psicológicos de los casos de muerte en ocho categorías: enfermedad o muerte de un ser querido; duelo agudo; amenaza de pérdida de un ser querido; defunción de un ser querido o aniversario de defunción; pérdida de estatus, reconocimiento y autoestima; durante un proceso de rescate; presencia de situaciones peligrosas, y durante finales felices. Las cinco primeras tienen los componentes de indefensión o desamparo aprendido, no obstante, se confunden con factores de riesgo suicida.

Por lo general, la causa inmediata de muerte es un fallo cardíaco que puede ir precedido por un estado intenso de sometimiento o agitación. No obstante, el reporte del estado psicológico muestra que el desamparo aprendido y la desesperanza son las emociones más extendidas. Dadas las condiciones del entorno y los eventos que enfrentaban, las personas aprendían a quedar desamparadas en un estado de estrés intenso, sin la posibilidad de procesar las relaciones entre su comportamiento y los cambios ambientales.

En el supuesto básico del modelo de desamparo aprendido, se asume que un individuo puede experimentar un conjunto de consecuencias aversivas, independientes de su comportamiento, y se forma la expectativa de que en el futuro tampoco habrá consecuencias de sus respuestas. Esto genera déficits cognitivos, motivacionales y emotivos, que también se observan en migrantes, dada la desvinculación de su lugar de origen, según el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016).

Tabla 3. Resumen de los rasgos comunes del desamparo aprendido y la depresión

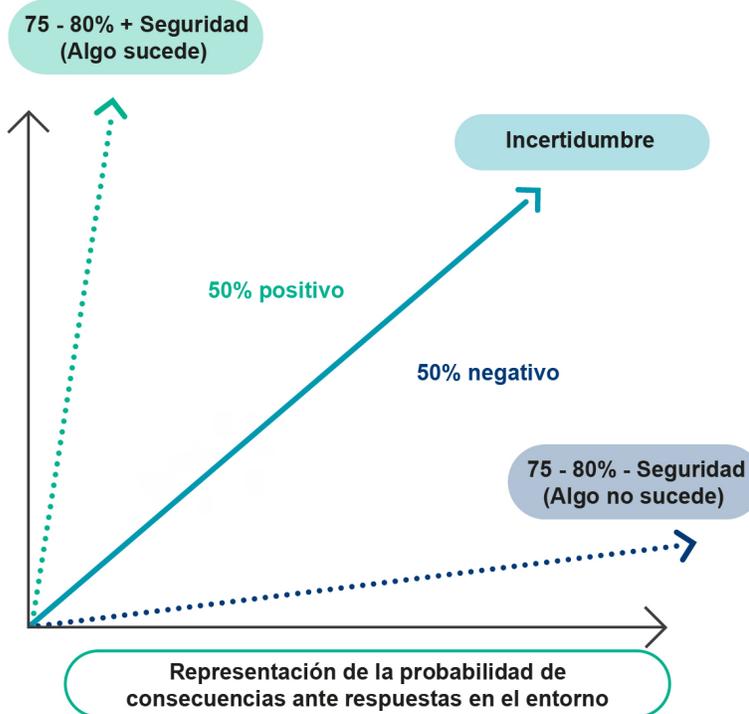
Condiciones	Desamparo aprendido	Depresión
Origen	Situación traumática inicial	Situación aversiva incontralada
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Pasividad • Dificultad para aprender que las respuestas producen alivio • Se disipa con el tiempo • Falta de agresión • Pérdida de peso y de apetito, déficits sociales y sexuales • Disminución de norepinefrina y actividad colinérgica • Úlceras y tensión • Sentimiento de vulnerabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasividad • Disposición cognitiva negativa • Curso temporal • Hostilidad introyectada • Pérdida de peso y de apetito, déficits sociales y sexuales • Descenso de norepinefrina y actividad colinérgica • Úlceras (?) y tensión • Sentimientos minusvalía
Causa	Aprender que las respuestas y sus consecuencias son independientes entre sí	Creencias en la inutilidad de la respuesta
Curación	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia directiva que incluya una exposición forzada a respuestas que producen algún tipo de consecuencia • Descarga electroconvulsiva • Tiempo • Anticolinérgicos, estimulantes de la norepinefrina (?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia directiva que incluya una exposición forzada a respuestas que producen algún tipo de consecuencia • Descarga electroconvulsiva • Tiempo • Anticolinérgicos, estimulantes de la norepinefrina (?)
Curación	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunización por dominio de consecuencias • Aprendizaje de reconocimiento de escenarios cotidianos 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de redes sociales y un estilo de vida preventivo • Modificación de actitudes controladoras de los sucesos de la vida y liberación de condiciones

Fuente: Elaboración propia con datos de Seligman (1975).

El concepto de indefensión o desamparo aprendido surgió entre 1969 y 1975, y desde entonces ha incorporado otros elementos aplicados en diversos escenarios, como la educación, la salud, la migración y la psicología positiva (Seligman, 1975; Achotegui, 2003; García-Vega, 2010). De acuerdo con Seligman, el modelo se estructura en función de tres componentes:

1. Una condición medioambiental en la que se asume la existencia de una causa externa, que sería la situación aversiva traumática cuya condición incontrolable desencadena el desamparo aprendido.
2. La capacidad específicamente cognitiva del individuo para percibir la desvinculación entre sus respuestas y las consecuencias negativas o aversi-

Fig. 6. Esquema básico de reacciones para desamparo aprendido



Fuente: Seligman (1975)

vas. Implica una representación subjetiva de la ausencia de contingencia o vinculación, que conduce a la formación de expectativas negativas. Existe la posibilidad de modular estas expectativas y el grado de indefensión mediante nuevos elementos, que se convertirían en factores de vulnerabilidad para la adquisición y desarrollo de la indefensión o desamparo.

3. Consecuencias del comportamiento relacionadas con la indefensión aprendida:

- Déficit cognitivo-asociativo: se fundamenta en la formación de expectativas de no consecuencias futuras entre el comportamiento y los eventos que lo mantienen.

- Déficit motivacionales: dependen de un mecanismo cognitivo y se caracterizan por la ausencia de incentivos para reaccionar o responder.
- Déficit emotivo-fisiológicos: se producirían en una situación traumática particular. Seligman asume que al comienzo se produce un estado de ansiedad —caracterizado por miedo, activación fisiológica y mayor cantidad de úlceras—, que pasa a un estado de depresión cuando la persona vive la situación aversiva como incontrolable.

En la Tabla 3 se comparan los rasgos del desamparo aprendido y la depresión. Se aprecia que tienen puntos en común, pero difieren en su origen. Hoy se reconoce que las personas migrantes pueden presentar varios de estos rasgos y que es posible atenderlas con los llamados tratamientos no farmacológicos, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia Gestalt, el apoyo grupal, el apoyo en comunidades y la terapia de arte, entre otros.

La relación tradicional médico-paciente no está pensada para proporcionar al paciente un sentido de control del nuevo entorno clínico. Estar hospitalizado, desprovisto del control sobre aspectos elementales, como la hora de levantarse o qué desayuno tomar, puede ayudar a una mayor eficacia hospitalaria pero no necesariamente a la salud mental.

Las técnicas de terapia directiva pueden ser muy útiles para atender casos en riesgo de depresión y reacciones asociadas al estado de desamparo aprendido. La clave está en considerar las posibilidades reales de la persona migrante en cuanto a recursos personales, apoyo con conocidos para tomar decisiones y medios y formas de comunicación con su lugar de origen. Por este mo-

tivo es importante diferenciar las ideas racionales de las irracionales. Aclarar esas ideas y cambiar el sistema de creencias permite una lectura diferente de la realidad, retomar el control del entorno y ponderar mejor los riesgos (véase la Figura 6).

El desamparo aprendido comparte varios componentes con el síndrome de resignación que menciona Sánchez (2020), como la tristeza, trastornos del sueño, confusión y apatía. Se puede decir que la resignación es una forma de desamparo que minimiza las opciones de elección, incluso puede llegar a la inmovilidad que termina en altos riesgos de salud, como ha pasado en Suecia con personas expulsadas por la guerra de Kosovo. Howard (2019) comenta resultados similares con migrantes de Indonesia a la India. En casos extremos de desamparo aprendido, tener un sentido de control puede ser la diferencia entre la vida y la muerte (Seligman, 1975).

Vázquez (2019) reporta que los migrantes sudamericanos que transitan por México rumbo a Estados Unidos enfrentan amenazas de autoridades corruptas y pandillas, como extorsión, robo de dinero y pertenencias, secuestro, amenazas a la vida y la familia, además de miedo, hambre y debilitamiento. Estos riesgos desencadenan estados de desamparo y síndrome de resignación.

1.10. La presión social como riesgo para la persona migrante

Martínez y Martínez (2018) resaltan que las personas migrantes son individuos con iniciativa, proactivos y con proyectos personales que los impulsan a buscar mejores condiciones de vida.

Sin embargo, enfrentan numerosos riesgos psicosociales y formas de violencia que pocas veces o nunca se han visibilizado en las consultas. La presión psicosocial no es la generalidad en los grupos de personas migrantes, pero es un riesgo persistente para quienes migran en condiciones de irregularidad. El personal de salud puede ayudar a identificar las señales de alerta ante los riesgos y a formar redes sociales protectoras, mediante la orientación y asesoría en la toma de decisiones.

Hace falta más investigación sobre el impacto de la presión de los grupos sociales sobre personas migrantes. Hay experiencia clínica con personas que se han encontrado en situaciones de engaño y manipulación que les causan ansiedad, trastornos del sueño, pánico y depresión, que se expresan con tristeza y agresión, como en el Caso 1.

1.11. Caso 1. Petra y la presión social

Petra es una mujer adulta mayor trabajadora sexual. Creció con un leve retraso cognitivo y se dedicaba al trabajo de campo. Vivía con sus padres en una rancharía en la frontera entre México y Guatemala. A los 14 años de edad, conoció a un joven llamado Domingo, siete años mayor que ella, de quien dice que se la robó y se la llevó con él. Como no tenían un lugar fijo donde vivir, viajaban constantemente y dormían en cualquier lugar. Él quería ir a trabajar a Estados Unidos, pero la llevó a trabajar a las cantinas y bares de los poblados a los que llegaban y le exigía que hablara con los clientes, pero ella trataba de evitarlo. Petra dice que Domingo sí la quería, pero no la entendía. La dejó en una cantina y no regresó por ella.

En ese lugar, Petra fue asediada por los hombres y engañada por dos mujeres que la presionaban para hacer lo que le indicaban. Petra no quería, pero estaba sola y nadie la apoyaba. Así se inició en la prostitución. Decidió viajar a la Ciudad de México para buscar trabajo como empleada doméstica pero, al no conseguirlo, volvió a la prostitución en parques y mercados. Vivía en la calle, dormía donde podía y comía lo que alcanzaba a pagar. Así se le encontró y se le invitó a vivir en una casa hogar para mujeres mayores trabajadoras sexuales. Petra llegó con problemas de salud, pero no especificó cuáles, y sus compañeras le prepararon remedios que ella se tomó. También por influencia de ellas, se vinculó poco a poco al credo de la Santa Muerte y la Virgen de Guadalupe. Llenó su cuarto con detalles y objetos de sus creencias.

Con el tiempo, Petra desarrolló afecciones como diabetes, hipertensión, problemas del hígado y cataratas. Cuatro veces estuvo al borde de la muerte, pero logró recuperarse, aunque cada vez presentaba más problemas. Cuando iba a consulta al centro de salud, no recibía la atención adecuada. Muchas veces le daban indicaciones que no entendía, aunque respondiera que le había quedado claro lo que le pedían. El personal de salud tampoco tomaba en cuenta la inestabilidad en la que había vivido y su creencia religiosa. Cada vez que Petra asistía a consulta discutía con el personal de enfermería, al que agredía con frecuencia, incluso físicamente. Ante la presencia de un médico varón se contenía, pero no se calmaba del todo. Si la atendía una mujer, se tranquilizaba más.

Al entrevistarla en consulta, Petra tuvo la oportunidad de hablar sobre lo que había vivido. Comentó que quería mucho a Domingo, pero que un día él se dio cuenta de quien era ella y la dejó.

Fue cuando reconoció que tenía problemas de tipo cognitivo. Agregó que para ella fue difícil negarse a lo que le pedían, se sentía abrumada y sin apoyo de nadie. El caso de Petra muestra que hay diversas formas de presión social, sobre todo cuando la persona está en condición de soledad, como se observa en el trato de Domingo y las dos mujeres. La presión social puede venir de diferentes vías, como grupos religiosos, políticos o delictivos, sobre todo los que se dedican a la trata de personas.

En el caso de las sectas destructivas, el psicólogo Hassan (1990) expuso que una persona puede salvar su estabilidad mental si adopta un comportamiento exigente. Si se encuentra con el participante de una secta que intenta obtener información o la invita a formar parte de un programa, la persona puede formular preguntas muy concretas que la ayudarán a eludir a más del 90% de los reclutadores de las sectas religiosas.

A pesar de que muchos grupos utilizan el engaño, es importante tener presente que la mayoría de los adeptos no se da cuenta de que miente en el proceso de reclutamiento. Al formular preguntas directas una tras otra, la persona podrá descubrir si le están contando una historia falsa o si el adepto no sabe que está mintiendo. Las preguntas serán más efectivas si se expresan de forma muy directa pero amistosa y se exigen respuestas concretas.

Dado que a los miembros de estas organizaciones se les ha entrenado para evitar los pensamientos negativos sobre el grupo, con frecuencia las respuestas serán poco concretas. Entre las técnicas más comunes de los reclutadores, figura el uso de generalidades indecisas, observaciones evasivas e intentos de cambiar de tema: “tratamos de ayudar a la gente a superar sus problemas”, “esta noche ofrecemos una cena gratuita para

discutir algunos de los problemas del mundo” o “es sólo una reunión para estudiar juntos la Palabra de Dios”. Hassan señala que los comentarios evasivos como “comprendo que se muestre escéptico y con desconfianza; yo me sentía así hasta que realmente conseguí la comprensión en este grupo” también deben considerarse señales para ponerse sobre aviso.

El personal de salud puede ayudar a que las personas migrantes soporten la presión social que ejercen los reclutadores de sectas o grupos políticos, y puede dar orientación para que las personas formulen preguntas directas y profundas, pues los reclutadores suelen hacer uso de la culpa y el miedo. A continuación, se incluyen algunos ejemplos (Hassan, 1990; Zimbardo, 2008):

- ¿Cuánto tiempo hace que usted se dedica a esto? ¿Intenta reclutarme para alguna organización?
- ¿Puede usted decirme los nombres de todas las organizaciones que dependen de su grupo?
- ¿Quién es el líder supremo? ¿Cuáles son sus orígenes y calificaciones? ¿Tiene antecedentes delictivos por alguna causa?
- ¿Qué se espera que hagan los miembros después de afiliarse?
- ¿Existen controversias acerca del grupo?
- ¿Cuáles son las principales objeciones de las personas ante estos grupos?
- ¿Cuál es su opinión sobre los ex miembros de su grupo?

- ¿Cuáles son las cosas que menos le gustan del grupo y de su líder?

Si la persona se siente inmersa en una sesión de adoctrinamiento, debe anunciar con firmeza que no le agrada estar en esas condiciones y que le controlen. Cuanto más alto hable más rápido le expulsarán de la habitación. Debe aprovechar la oportunidad para marcharse sin culpa haciendo uso de sus habilidades asertivas.

El personal sanitario debe entender que una trampa muy común para la salud mental es pensar que uno tiene el control de la decisión que se desee tomar. No es así. Hay estrategias de persuasión muy finas que se apoyan en esta creencia, muchos grupos sectarios y políticos la utilizan. La fuerza de la presión social puede ser muy sutil y estar envuelta en la apariencia de buenas intenciones que buscan apoyar al desprotegido. En esta condición, el personal de salud puede orientar a las personas migrantes sobre cómo mantener su salud mental, prevenirlos de los riesgos posibles y qué hacer frente a ellos, y mostrarles a dónde acudir para solicitar guía y apoyo.

1.12. Habilidades sociales en la salud mental de migrantes

En la investigación actual en psicología aplicada y psicoterapia, se examinan diversos tratamientos basados en programas para el desarrollo de habilidades sociales para la solución de conflictos, causados por reacciones de violencia y ansiedad, de personas con dificultades para tomar deci-

siones o soportar presiones sociales. En estos programas se puede trabajar en sesiones breves individuales o grupales, con el acompañamiento del personal de salud que funge como coterapeuta o monitor. El tratamiento incluye entrenamiento asertivo, derechos asertivos y técnicas de terapia racional emotiva para atender problemas de ansiedad, miedo, agresión, depresión y estrés postraumático. Hay casos en los que se han desarrollado programas de entrenamiento asertivo con población migrante, por ejemplo, en el seguimiento a la formación y producción académica de niños migrantes de origen ruso (Tovar, 2018), o con trabajadores migrantes en Indonesia para negociar su situación laboral (Howard, 2019). En este manual se retoma el entrenamiento asertivo para la salud mental de personas migrantes.

El personal de enfermería, medicina, trabajo social y los laboratoristas son el punto de contacto entre los pacientes y los servicios de salud, un primer apoyo para la vinculación con la comunidad, y su interacción puede ser un modelo de relación para el paciente y su entorno. La manera en la que el personal de salud trate al paciente migrante es una oportunidad de aprendizaje natural sobre la relación posible entre el público usuario y el entorno al que llega o en el que se encuentra. El trato del personal de salud refleja habilidades de relación interpersonal y comunicación, presentes en el entrenamiento asertivo, que brindan la oportunidad de reconocer lo resiliente del paciente migrante.

La asertividad es una forma de comportamiento natural o que se aprende, y se caracteriza por el uso de ciertas pautas al pensar, actuar y hablar, que incluyen las palabras “no”, “yo quiero de ti”, “no me interesa” y otras (Fensterhein y Baer, 1976). Es decir, las personas aprenden a afirmarse a sí

mismas. Este comportamiento forma parte del conjunto de estrategias psicológicas del desarrollo de habilidades sociales e inteligencia emocional.

1.13. Conceptos básicos de estrategias de apoyo psicosocial

Según Sánchez (2020) y el Colegio Nacional de Psicólogos de España (2016) es importante para las personas migrantes contar con la posibilidad de integrarse a la comunidad a la que lleguen o buscar un tránsito seguro hacia su destino. Cuando esto es difícil de alcanzar, precisan ser resilientes y recurren a sus mejores experiencias, habilidades y características personales. Las estrategias de apoyo psicosocial abarcan desde el desarrollo de habilidades hasta la toma de conciencia del impacto de experiencias de vida, la orientación familiar y el apoyo grupal. Uno de los recursos psicológicos que puede ayudarles es el desarrollo de habilidades sociales y asertividad. Se entiende por asertividad la habilidad aprendida para expresar sentimientos o preferencias en el momento en el que se sienten, sin molestarse o molestar a otros. Es la habilidad para ejercer los derechos propios sin infringir los de otros. Las habilidades asertivas incluyen ayudar a las personas a sobrevivir en un mundo con dificultades con base en un modo de vida más saludable, con satisfacciones y mayor soltura; no es una norma y no se está obligado a expresar los sentimientos propios. Es parte de la personalidad humana, de la vitalidad y la búsqueda de una meta o sentido en condiciones más realistas.

La asertividad es una forma de intervención psicológica que, apoyada con técnicas de habilidades sociales, se transforma en una estrategia más amplia para superar la ansiedad, la depresión, la hostilidad y otros problemas de relaciones interpersonales. Las personas migrantes se relacionan con otras en un entorno desconocido, tienen expectativas, ideas y preocupaciones que no siempre son fáciles de manejar y la asertividad puede ayudar a resolver situaciones cotidianas que se han complicado.

En función de lo anterior, el entrenamiento asertivo involucra adquirir habilidades para mantener una comunicación correspondida de dar y recibir sin explicar ni justificar, permite comenzar, mantener y terminar conversaciones con quien se elija, desarrolla la capacidad de expresar los sentimientos positivos y negativos sin sentir molestia, y de evitar que otros tomen ventaja. En general, se adquiere libertad y control sobre la propia vida con más respeto por uno mismo por llevar a cabo estos cambios de autodirección.

Las habilidades se adquieren y practican hasta donde es confortable para cada persona. En el caso de los grupos Balint para el personal de salud se puede ejercitar este entrenamiento.

Por otro lado, la no aserción se representa por tres formas de conducta aprendida: la primera oculta los sentimientos de la persona y niega su expresión; la segunda le permite lograr metas personales con agresividad a expensas de otros, incluso con actos violentos y ofensas; la tercera perturba la convivencia y la relación con los otros, al actuar fuera de su ritmo. Una persona puede ser no asertiva en varias circunstancias hasta que sus sentimientos acumulados se liberan de manera explosiva, agresiva y destructiva. Así, la conducta

de una persona puede variar entre la pasividad y la agresividad (Fensterhein y Baer, 1976).

Durante la consulta, el personal de salud puede notar estas formas de comportamiento no asertivo asociado a diversos mecanismos psicológicos de defensa. Por esta razón es útil recibir capacitación en este tipo de recursos psicológicos y orientar a la persona migrante para afrontar diversas situaciones.

1.14. La importancia de aprender a decir no

El siguiente caso de migración interna ilustra el impacto de una situación personal mal asumida y deja entrever elementos de la vida cotidiana que comprometen la salud mental de las personas. En diferentes momentos se aprecia la falta de soporte que la persona necesitaba y el peso del aislamiento en un joven migrante, con quien tuvo la oportunidad de trabajar en noviembre de 2018.

1.15. Caso 2. El conflicto de Gabriel R.

Joven de 24 años, soltero, estudiante de posgrado, originario del estado de Guanajuato, proveniente de una familia conservadora y de escasos recursos, pero muy trabajadora. Llegó a la Ciudad de México para estudiar el doctorado en genética celular. Al salir de su pueblo, Gabriel mantuvo comunicación regular con su familia, pero poco a poco la comunicación se interrumpió porque necesitaba concentrarse en su investigación.

Gabriel vivía sólo. Rentaba un departamento sencillo cerca de su escuela y consumía sus alimentos en sus instalaciones. Su tutora y compañeros lo integraban al trabajo grupal y colectivo. Después de casi dos años conoció a una chica con la que estableció una relación de noviazgo. Empezó a salir con ella y trató de no descuidar sus estudios, pero la chica le demandaba mucha atención y le reclamaba que no le tenía consideraciones. Para no discutir y con la expectativa de que ella le ayudaría, Gabriel se fue a vivir con ella. Eso cambió sus hábitos y gustos, incluso dejó de ir a las reuniones de sus compañeros y se inclinó hacia el trabajo individual, en comparación del que tenía cuando llegó a estudiar.

Gabriel tuvo una infección estomacal y fue al centro de salud donde atendían a los estudiantes del centro de investigación, varios de los cuales eran extranjeros o venían del interior de la república. Sus tutores y compañeros trataron de apoyarlo mientras estaba indispuesto. Cada vez que le preguntaban por qué soportaba las condiciones de su noviazgo, él comentaba que no quería preocupar a su novia, que recibía su ayuda y deseaba corresponderle, que estaban bien y sus conflictos no eran tan serios.

Los compañeros de Gabriel notaron que él había cambiado mucho desde que vivía con su novia. No descuidó sus estudios, pero eso lo tenía bajo mucho estrés. Dejó de hablar con la familia, salvo para lo más básico y siempre postergaba las visitas a su pueblo en Guanajuato.

Debido a la presión de su novia, Gabriel empezó a escuchar música distinta a la que le gustaba, cambió su alimentación a una dieta vegana, se hizo un tatuaje en un brazo y se pintó el cabello de azul o morado porque así le gustaba a su pareja.

Sus compañeras le decían que no permitiera que ella lo controlara tanto, que debía defender su libertad y sus ideas, pero él les contestaba que no quería problemas y que prefería ceder. Lo invitaron a ir a un bar, pero él se negó. No visitaba amigos y no compartía tiempo libre con nadie.

Gabriel pasaba mucho tiempo trabajando en la biblioteca porque ya tenía buena parte de sus resultados y estaba por terminar su reporte. Su novia le demandaba tiempo a costa de sus avances de tesis. Sus compañeros relatan que en una ocasión Gabriel estaba en la biblioteca y recibió una llamada de su novia. Empezaron a discutir. La molestia de Gabriel fue muy grande y prefirió callarse y salir del lugar. El viernes siguiente, Gabriel se centró en trabajar solo. Se encontró al vigilante en el pasillo, se saludaron y Gabriel le obsequió un paquete de galletas para su desayuno. Aparentó subir al laboratorio. Cuarenta minutos después, un trabajador de mantenimiento que recorría las instalaciones encontró a Gabriel colgado, sin vida, en el baño del laboratorio.

La novia no quiso saber nada de lo sucedido, no habló con nadie y se fue del departamento. La familia jamás supo qué pasó. Fue necesario dar apoyo emocional colectivo a profesores y compañeros de Gabriel, que comentaron que no se negaba a nada de lo que pedía su novia, a pesar de que era notorio que le causaba malestar y frustración. En el caso anterior resalta la diversidad de formas en las que la persona se encuentra con la vulnerabilidad, al dejar sus raíces y perder sus vínculos sociales. No es el caso de alguien afectado por la covid-19, pero sí es un ejemplo de los riesgos de migrar, aunque sea dentro del país, y vivir con otras costumbres y estilos de vida. En el caso de Gabriel, se detectan algunos elementos de

sus relaciones familiares y su educación, como los mecanismos de defensa de negación, racionalización y la confluencia. Al mismo tiempo se nota la falta de reconocimiento de los límites personales y la carencia de habilidades sociales. Esa es la razón de la importancia de la palabra no. Es importante saber decir no, sin perder de vista que la aserción es un riesgo y en ocasiones es necesario decir sí, a pesar de la propia voluntad. En nuestra sociedad todos pedimos cosas o presentamos demandas a los demás. Cuando somos afectados, no sabemos decir no o recibir un no legítimo como respuesta. Esto desemboca en no hacer valer los derechos y perder el control de la propia vida.

El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016), en su *Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados*, resalta la importancia de las habilidades sociales y la asertividad para trabajar con migrantes. Que una persona no pueda aprender a negarse tiene consecuencias en sus relaciones interpersonales, que con el tiempo pueden afectar su estabilidad emocional y su salud mental. Aprender a negarse es una de las habilidades sociales. Evitar el uso adecuado de la palabra no conduce a participar en actividades que conllevan la pérdida de respeto por uno mismo, a que crezca el resentimiento por sentirse explotado y a la ruptura de la comunicación entre uno y los demás.

1.16. El comportamiento, asertivo o no, puede aprenderse

El contenido del comportamiento asertivo y no asertivo está marcado por la carga cultural del entorno. No ser asertivo es la práctica aprendida de ocultar los sentimientos y negar su expresión. Con frecuencia la no asertividad se experimenta después de un incidente en el que la persona se dice a sí misma que nunca puede decir que no y siempre permite que otros tomen ventaja o se aprovechen de ella.

Así como una conducta no asertiva es aprendida, también puede ser reemplazada por habilidades asertivas. La habilidad asertiva representa un balance entre las necesidades del individuo y las demandas sociales, es funcional y efectiva en un contexto determinado, no resulta en malestar para el individuo y los demás, y está en armonía con la estructura social. Fensterhein y Baer (1976) consideran dos formas de conducta no asertiva. En el presente caso se propone una tercera forma que se identificará como “perturbadora”. Así, la conducta no asertiva puede ser:

- a. Agresiva: manifiesta trato brusco y hostilidad ante otros.
- b. Pasiva: sin iniciativa, reprime sus sentimientos y pensamientos. No manifiesta su malestar por las agresiones de otros.
- c. Perturbadora: no busca causar malestares, no respeta los acuerdos, cambia de tema, interfiere

con el comportamiento de otros y se expresa desfasado de momento y lugar.

Según Braz, Del Prette y Del Prette (2011) y Fensterhein y Baer (1976), existen elementos o componentes de nuestro comportamiento que lo realzan como asertivo. Las características de cada uno permiten que exista una correspondencia entre lo que decimos y lo que expresamos en realidad. Se les llama componentes no verbales y son:

1. Contacto visual. Un componente esencial para la comunicación. Es recomendable que el contacto no se mantenga por tiempo indefinido porque podría causar incomodidad en el interlocutor, sino que podamos fijar nuestra vista en otro aspecto de la persona, por ejemplo, boca, frente, nariz, orejas, pelo, mejilla.
2. Espacio corporal. Es la distancia que se establece de manera natural entre el comunicador y su interlocutor. Si su interlocutor se aleja de usted, recuerde que no debe “corretearlo”. Tampoco permita o propicie que el otro lo persiga. Tiene que intentar mantener una distancia que tanto a usted como a su interlocutor les permita mantenerse cómodos.
3. Contacto físico. En ocasiones es necesario y a veces involuntario, ya sea para mostrar afectos, alegría, comprensión, etc. No se trata de que toda interrelación involucre contacto físico, sino que sea una forma significativa de demostrar nuestros sentimientos.
4. Postura. La colocación relajada o sin tensiones de nuestro cuerpo denota que así nos sentimos, como sucede cuando nos mostramos inquietos

por medio de movimientos repetitivos y nerviosos. Si la meta es ser asertivos, es necesario que la postura respalde nuestras palabras.

5. Expresión facial. Al igual que la postura, nuestros gestos deben subrayar nuestros sentimientos. Si sentimos alegría, molestia, prisa, sorpresa, etc., necesitamos mostrarlo con la expresión facial adecuada.
6. Fluidez y volumen de la voz. Se consideran componentes propios de la expresión verbal. Es necesario que nuestra voz tenga el volumen suficiente para que denote nuestro estado de ánimo y para ser escuchados. La fluidez se refiere a no titubear, evitar usar muchas muletillas o hacer silencios demasiado prolongados. Cabe aclarar que los silencios son normales en el curso de una plática, tampoco es necesario llenar todos los espacios.

En la sección III de este manual se incluye un programa de entrenamiento asertivo que incluye estos componentes no verbales, los derechos asertivos y el tratamiento de ideas irracionales.

1.17. Asertividad y el derecho humano psicológico

El entrenamiento en habilidades asertivas se relaciona con el ejercicio de derechos psicológicos, comunes a todas las personas. Cuando una persona no es asertiva, y accede a las demandas de otros,

niega sus derechos personales y una parte central de su humanidad. En este apartado se pretende explicar que toda persona tiene derecho a expresar sus sentimientos y demandar sus necesidades. Haremos un paréntesis en el valor humano de todo individuo, que no se refiere a que la persona se valore por lo que hace o tiene. El valor humano le da su lugar a la persona en la sociedad. Los derechos asertivos son un recurso psicológico para que la persona recupere su valor humano.

La falta de reconocimiento personal de los derechos psicológicos es la base de la manipulación y explotación personal, debido a la culpa, el miedo, la responsabilidad, la amenaza y los compromisos mal entendidos. Así es como las sectas, los grupos delictivos o militares manipulan a las personas, como señaló Zimbardo (2008). Lo importante es entender que el valor humano es único e intrínseco a todas las personas, que desarrollan distintos tipos de habilidades. Los derechos asertivos pueden expresarse de manera humana y considerada, a pesar de que se acompañen con una gran emotividad. Cuando se es asertivo con responsabilidad, la expresión de la identidad no viola los derechos de los demás.

Identificar esos derechos como propios y de los demás facilita comunicar nuestros sentimientos, y hacer valer nuestras demandas, para tener mejores relaciones sociales. En el entrenamiento asertivo se explica que toda persona puede defender sus derechos sin pasar desapercibida o sobre los derechos de otros, por ejemplo, “me molesta que me des ese trato”, “qué bonita comunidad tienen aquí” y otros por el estilo.

Antes de continuar hay que especificar tres consideraciones. Primero, tener derechos asertivos no equivale a tener licencia para actuar de

cualquier manera sin pensar en los demás, existen límites éticos en todos los derechos. Luego, aceptar estos derechos acarrea poder personal y responsabilidad. Por último, nuestros derechos asertivos no niegan los derechos de los demás que participan de la misma situación.

Se puede decir que los derechos asertivos son una postura ante la vida. La experiencia clínica con migrantes ha mostrado que conocerlos ayuda a tener más claridad en los actos y decisiones personales. Los derechos pueden clasificarse en dos rubros, los derechos básicos personales y los derechos asertivos generales en la relación interpersonal.

Según Fensterhein y Baer (1976), los derechos asertivos son planteamientos que se han definido a partir de la investigación en psicoterapia y terapia cognitivo-conductual, que ayudan a que las personas aclaren sus ideas y tomen decisiones sobre situaciones que les afectan. Los diez derechos básicos son:

1. Derecho a juzgar nuestro comportamiento, pensamientos y emociones, y a tomar la responsabilidad de su iniciación y sus consecuencias. Éste es el derecho asertivo primordial que impide que los demás nos manipulen.
2. Derecho a no dar razones y excusas para justificar nuestro comportamiento.
3. Derecho a juzgar si nos incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de otras personas.
4. Derecho a cambiar de parecer.
5. Derecho a cometer errores y ser responsable de ellos.

6. Derecho a decir “no lo sé”.
7. Derecho a ser independientes de la buena voluntad de los demás antes de enfrentarnos con ellos.
8. Derecho a tomar decisiones ajenas a la lógica.
9. Derecho a decir “no lo entiendo”.
10. Derecho a decir “no me importa”.

En general, reconocer y hacer válidos nuestros derechos facilita defenderlos y hacerlos valer de manera realista, consciente y segura. Al listado previo se le puede agregar algo más : “el derecho a merecer”.

Es común confundir derechos humanos con derechos asertivos. Los primeros son de tipo universal, ético y cultural; se ha establecido que son inherentes a todos los seres humanos sin limitaciones impuestas por la cultura y se han propuesto para proteger la vida e integridad humana. Los segundos son de tipo psicológico, surgen de la investigación del comportamiento y sirven de referencia para una filosofía de vida al asumir que son propios de cualquier persona. Los derechos humanos no pueden poner en riesgo los derechos asertivos personales y viceversa, no obstante, siempre hay que anteponer los derechos humanos.

Aparte de los 10 derechos básicos es posible pensar en un onceavo derecho, el derecho a merecer, este derecho complementa todos los anteriores pero además propicia que las personas procuren una relación justa y que lo que se merezca sea la justa medida, ya sea positiva o negativa.

1.18. Síndrome de resignación y habilidades sociales en migrantes

La pandemia de covid-19 ha obligado a cambiar estilos de vida y formas de pensar. Como consecuencia, la población migrante y otros grupos vulnerables han modificado las formas de convivencia y comunicación interpersonal, y han desarrollado pautas de comportamiento que pueden convertirse en síndromes, algunos pueden tratarse con cambios en las formas de comportamiento y en el desarrollo de habilidades sociales. En el síndrome de resignación, Sánchez (2020) señala que es notorio cuando se pierde el recurso del manejo de las relaciones personales, y con él las redes de apoyo social, de ahí la importancia de rescatar estas habilidades o desarrollarlas cuando es necesario, sin dejar de lado los rasgos culturales. Según la autora, es necesario valorar las presiones extremas a las que las personas migrantes pueden estar sometidas cuando pandillas, o autoridades corruptas, comprometen su seguridad y la de sus familias. En casos graves, el síndrome de resignación puede llevar a apatía extrema, aislamiento y confusión de la realidad cotidiana.

El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid plantea que las habilidades sociales y asertivas consisten en poder expresar los temores, la agresión y la tristeza de manera directa, consciente y realista; no se trata de quitarlos sino de ponerlos en su lugar y en su justa dimensión. En este apartado se mencionan las habilidades reconocidas como necesarias para establecer relaciones interperso-

nales positivas, funcionales y saludables, porque constituyen la base de cualquier curso o taller de desarrollo humano y apoyo psicoterapéutico. Su aprendizaje puede implicar sesiones muy intensas con los pacientes (Ellis, 1990).

1.19. Identificación de ideas irracionales

Las personas migrantes pueden encontrarse en situaciones estresantes y ambientes desconocidos que causan formas de pensar que no son del todo lógicas. Ellis (1990), precursor de la terapia racional emotiva, explica los sentimientos y el comportamiento de la siguiente forma:

- a. Hay una actividad particular o acción a la que nos enfrentamos.
- b. Esta situación genera un pensamiento racional o irracional que por lo general se asocia a las palabras “debe”, “siempre” y “nunca”.
- c. Se ejecutan acciones y se experimentan sentimientos provocados por los pensamientos racionales o irracionales.

Las ideas irracionales se caracterizan por tener una base frágil. Parecen lógicas, pero sus fundamentos no pueden sostenerse. Muchas de estas ideas son la base de las creencias, por tal razón son un recurso muy socorrido para el engaño y la manipulación. Las ideas irracionales más frecuentes son:

1. Uno debería ser amado y buscar ser aprobado por casi todos.
2. Uno debería ser competente en casi todos los aspectos.
3. Algunas personas son malas intrínsecamente y merecen castigo.
4. Las cosas deberían ser como queremos que sean y es muy grave cuando no son así.
5. Los individuos tienen poco control interno sobre su felicidad.
6. La posibilidad de que algo sea peligroso es motivo de gran preocupación.
7. Es más fácil evitar dificultades y responsabilidades inherentes a la vida que enfrentarlas.
8. Una persona necesita depender de otra más fuerte.
9. El comportamiento presente y futuro de las personas está predeterminado por su pasado.
10. Una persona debe preocuparse o sentirse extremadamente trastornada por los problemas de otros.
11. Cada problema debe tener una solución ideal y es catastrófico cuando no se encuentra esa solución.
12. Todas las personas de cierto país son igual de irresponsables.

13. Nadie de mi familia hace cosas malas.
14. Mi líder (jefe, hijo, padre) nunca hace cosas malas.
15. Debo ser el ejemplo para mi familia.

Una manera de identificar el contenido irracional en una idea es escuchar a la persona para reconocer el uso de fórmulas como: todo, nunca, siempre, debo, nada, tiene que, estoy obligado a, es mi responsabilidad. Estos conceptos comprometen las acciones y sentimientos de las personas y las inducen a actuar en algo que carece de sentido.

Para poner a prueba lo racional o irracional de una idea durante la exploración clínica, el personal de salud puede considerar algunas de las ideas más arraigadas del paciente, con respeto a su cultura. La cuestión central es que uno de los efectos de la pandemia de covid-19 es experimentar estados de ansiedad, que suelen asociarse a ideas irracionales sobre muerte, riesgo y amenazas. Algunas de esas ideas irracionales limitan el cumplimiento del tratamiento indicado, por ejemplo, desconfiar de la entrevista con el personal de salud o de no hacer ciertos trámites necesarios. En ese caso, los profesionales de la salud pueden aplicar estas soluciones:

1. Identificar el defecto de la idea.
 - a. ¿Es cien por ciento cierta?
 - b. ¿En realidad ocurrirán las consecuencias que temo?

- c. ¿Qué es lo que conozco en realidad de mí mismo o de otros que apoyan que ocurra lo que espero?

2. Clarificar las consecuencias para el paciente.
 - a. Aun si sucede lo que más teme, ¿es realmente grave y catastrófico?
 - b. ¿Podrá solucionar o enfrentar lo que sucede?
 - c. ¿Qué implicaciones tendrá para su vida que suceda lo que teme?
 - d. ¿Esto que sucede le convierte en una persona mala o poco valiosa?

Cuando se le brindan alternativas para mantener la confianza personal, el paciente reconoce el terreno en el que se encuentra. El entrenamiento en asertividad ayuda a poner en práctica el esquema básico de la salud y el reconocimiento de las ideas irracionales facilita la prevención de condiciones extremas. En la comunicación familiar del paciente se refleja un estilo de vida que puede comprometer la salud. Las sesiones deben concluir con el reconociendo de lo positivo y los logros personales.

En el siguiente caso se intentará identificar las costumbres y formas de pensar que se pueden considerar inadecuadas porque conducen a una relación familiar no saludable.

1.20. Caso 3. La crisis de R. I.

Hombre adulto de 41 años, de origen español y gitano. Vivía en la zona de Zipolite, cerca de la playa nudista más importante del estado de Oaxaca. Su esposa, N. D., había estudiado educación especial en España. Tenían dos hijos pequeños, uno de cuatro años y otro de casi dos años. N. D. daba apoyo a niños con problemas de aprendizaje y discapacidad en Piña Palmera Centro de Atención Infantil. Por sugerencia de la directora del centro, N. D. había asistido a consulta con el autor de este manual con el argumento de que la relación entre R. I. y sus padres no estaba bien.

N. D. y R. I. se conocieron en España mientras ella estudiaba un posgrado. Empezaron a vivir juntos al estilo gitano. Los padres de N. D. estaban inconformes. Años después llegaron a México. R. I. hacía manualidades y N. D. trabajaba formalmente. Él pensaba que era una persona especial, que debía buscar la pureza y que no podía manchar su trabajo con el dinero. Ella pensaba que esto era cierto. R. I. no trabajaba, pero solicitaba a N. D. que le preparara los alimentos y estuviera pendiente de él.

Era evidente que N. D. no quería recibir ayuda sino justificar el proceder de R. I. Hablaba de él con fascinación y lamentaba que sus padres no lo entendieran. Le parecía que sus hijos estaban bien atendidos, mantenía actualizada su carta astral y se orientaba por su horóscopo. N. D. era desinhibida y le gusta la danza, con lo que complementaba sus ingresos. Cuando se le explicó que parecía estar en una relación disfuncional, N. D. se sorprendió, guardó silencio y marcó distancia.

Se le señaló que una relación sin compromiso realista, puede tener muchos riesgos. La pareja llegó a consumir alguna droga, pero no era algo cotidiano. En las sesiones se le explicaron las repercusiones de las diferencias culturales en los hijos y en la pareja, y las complicaciones de las demandas familiares con los hijos pequeños. También se expuso que ella recibía una gran carga.

N. D. no siguió el tratamiento con regularidad. Era evidente que las fricciones entre N. D. y R. I. aumentaban en intensidad. Un día ella llegó de trabajar con sus hijos y se encontró con que R. I. se había dado un disparo en la cabeza. N. D. no ha querido hablar del tema con nadie. Decidió irse con sus hijos del lugar donde vivían y no se sabe si ha buscado apoyo para sus hijos o para ella.

En este caso se observa que R. I. carecía de varias habilidades sociales, como la solución de problemas, la identificación de ideas irracionales que sostenían sus mecanismos defensivos y que interferían con la relación adecuada con su entorno. Aunque tenía una pareja, carecía de una red propia de apoyo social. Con frecuencia, la no asertividad genera pensamientos irracionales e incorrectos, reacciones emocionales y patrones de conducta no funcionales, entre los cuales el más común es la agresión. Los pensamientos irracionales son aquellos cuya probabilidad de verificación y ocurrencia es muy escasa o irreal (Ellis, 1990). A pesar de que N. D. apoyaba a R. I., ella también estaba en un entorno ajeno, al que llegó con ideas y creencias que no eran las adecuadas en un entorno tan multifacético. Es decir, N. D. tenía y justificaba muchas ideas irracionales, como planear su vida según una carta astral o meditar para limpiar las energías.

También se observa que la relación de pareja no era saludable desde el comienzo. Sus hábitos, costumbres, educación, intereses y proyectos variaban con el tiempo. Además, N. D. no había comentado que R. I. tuviera un arma ni el motivo para tenerla. Ese hecho se puede considerar un factor de riesgo para la seguridad personal en la familia.

De acuerdo con el ejemplo, se presenta el cuestionario 2. El profesional de la salud deberá leer las preguntas y discutir la información presentada con algunos compañeros.

Cuestionario 2. Análisis del caso de R. I.

1. Identifique qué tipo de mecanismos de defensa se observan en el comportamiento de N. D. y su pareja. Argumente la función que tienen para los dos:
2. Con base en la información que se ha proporcionado, reúnanse con dos personas y comenten las ideas irracionales que se identificaron en N. D. Enumeren algunas a continuación:
3. En trabajo en pareja, indique los componentes del caso que indiquen falta de habilidades asertivas.
4. Después de una discusión en pares, explique cómo sería la participación del personal de salud en un caso como éste.

1.21. Habilidades psicológicas de personas migrantes para su protección

A pesar de que comparten el mismo idioma, entre las personas migrantes es común encontrar diferencias culturales. Es posible que sea necesario orientarlas sobre cómo relacionarse en contextos variados por medio de programas básicos de entrenamiento asertivo. Las habilidades protectoras que se mencionan a continuación son recursos comportamentales que proporcionan al individuo un control relativo de sus acciones y su entorno, y deben combinarse con habilidades verbales y no verbales adecuadas. Cada habilidad incluye respuestas concretas y específicas que pueden incorporarse a la identidad personal con la práctica, hasta que surjan con naturalidad en las relaciones interpersonales:

1. Disco rayado. Esta habilidad se puede usar sola o acompañada de otra cuando otras personas molestan, critican, presionan o cuando se pide algo. Se trata de la repetición continua y serena de una declaración clara de los sentimientos o puntos de vista. Tiene la ventaja de fortalecer la persistencia.
2. Ignorar de manera selectiva. Es la atención discriminada que prestamos a contenidos específicos de la conversación de otro individuo. Nuestra atención debe dirigirse a declaraciones que no sean destructivas, productoras de culpa o injustas. Se puede utilizar el silencio o respuestas no verbales.

3. Desarmar ira o enojo. Implica que el asertor trate con honestidad al individuo que emite una gran cantidad de ira. El asertor no contesta con groserías o apodos, utiliza el disco rayado para ofrecer un contrato asertivo de respeto. Cuando la situación es más amenazante, se recomienda alejarse por un momento.
4. Clasificar el orden de los problemas. Se propone atender un solo problema a la vez. El asertor es capaz de discriminar lo que se le pide o sus implicaciones, y puede formular una respuesta apropiada, sin dejar las cosas sin resolver.
5. Reducción de la culpa y la regla de no decir lo siento. Nuestra responsabilidad hacia otros implica ser abierto y honesto, sin violar su dignidad; sin embargo, esto no significa complacerlos siempre. La regla de no decir lo siento consiste en que ninguna persona debe disculparse si no lo siente. Si la persona siente que debe disculparse, puede decir “tienes razón, me equivoqué” o “un momento, no es lo que dije (dicté, escribí, etc.), es...”.
6. Disculparse. Se cree que algunos sentimientos de culpa pueden ser apropiados en algunas situaciones. Cuando un individuo asertivo experimenta culpa puede evitar ser abusivo en el futuro. La disculpa valida los sentimientos de la otra persona.
7. Banco de niebla. Permite aceptar las críticas manipulativas y reconocer con serenidad ante nuestros críticos que puede haber parte de verdad en lo que dicen, sin que cedamos nuestro derecho a ser nuestros propios y únicos jueces.
8. Libre información. Enseña al individuo a identificar los indicios para reconocer qué es lo interesante o importante para otra persona.
9. Aserción negativa. Hace posible que el individuo acepte sus errores y faltas, sin tener que excusarse por ellos, mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas hostiles o constructivas que se plantean a propósito de nuestros defectos y cualidades negativas.
10. Interrogación negativa. Permite suscitar críticas sinceras por parte de los demás para sacar provecho de la información, si es útil, o agotarla, si es manipulativa. Al mismo tiempo, induce a sus críticos a mostrarse más asertivos y no hacer uso tan intensivo de los trucos manipulativos. Se recomienda utilizar esta habilidad en relaciones personales cercanas y no en casos de agresión de desconocidos.
11. Autorrevelación. Promueve aceptar e iniciar la discusión de los aspectos positivos y negativos de la personalidad, el comportamiento, el estilo de vida y la inteligencia de cada individuo hacia sí mismo, con el objetivo de fomentar y favorecer la comunicación social y reducir la manipulación.
12. Compromiso viable. Técnica verbal muy práctica cuando no está en juego el autorrespeto. Permite plantear un compromiso viable o acuerdo equitativo entre las partes. Cuando el objetivo final entraña algo que afecta nuestra dignidad, no caben compromisos de ninguna clase.

Tabla 4. Dimensión de cohesión familiar. Conceptos interrelacionados

Cohesión	Desvinculada Muy baja	Separada Baja a moderada	Conectada Moderada a alta	Amalgamada Muy alta
Independencia	Alta independencia de los miembros de la familia.	Independencia moderada de los miembros de la familia.	Dependencia moderada de los miembros de la familia.	Alta dependencia de los miembros de la familia.
Lazos familiares	Lazos familiares externos abiertos, internos cerrados, generacionales rígidos.	Lazos internos y externos semiabiertos; generacionales claros.	Los lazos externos son semiabiertos, los internos son abiertos, y los generacionales son claros.	Lazos externos cerrados.
Coaliciones	Las coaliciones son débiles y usadas como escapatoria.	Coalición marital clara.	Coalición marital fuerte.	Coaliciones madre-hijo.
Tiempos	Tiempo separado de la familia al máximo (física y emocionalmente).	El tiempo separados y juntos es importante.	El tiempo juntos es importante. El tiempo separados está permitido por razones probadas.	Tiempo juntos al máximo. Tiempo separados permitido al mínimo.
Espacio	El espacio separado es exacerbado, física y emocionalmente.	El espacio se mantiene separado. Hay algún espacio familiar.	Espacio familiar al máximo, espacio privado al mínimo.	Poco o ningún espacio privado en casa.
Amigos	Amigos individuales. Pocos amigos familiares.	Algunos amigos individuales. Algunos amigos familiares.	Algunos amigos individuales. Algunas actividades con pareja y amigos familiares.	Amigos individuales limitados. Se ve a la pareja y a los amigos juntos con toda la familia.
Toma de decisiones	Decisiones individuales.	La mayoría de las decisiones se toman individualmente. Las menos se toman en familia.	Se comparten las decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia.	Todas las decisiones personales y de relación se deben tomar con la familia.
Intereses y recreaciones	Principales actividades individuales. La familia no se involucra en las actividades.	Algunas actividades familiares espontáneas. Se soportan las actividades individuales.	Algunas actividades familiares en horas. La familia puede involucrarse en intereses familiares.	La mayoría o todas las actividades deben hacerse en familia.

Fuente: Cárdenas (1987, pp. 48-49).

1.22. Salud mental y orientación familiar a personas migrantes

Existen diversos modelos en terapia y orientación familiar. Uno que puede ser útil para que el personal de salud dé apoyo a la salud mental es

el llamado modelo circunplejo, que se centra en la cohesión y adaptabilidad como factores que pueden comprometer la tipología y la dinámica familiar. En algunas condiciones, las personas tienen una familia funcional, pero desean tener más libertades y experimentar situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando deciden vivir estas experiencias, se sienten presionadas para mantener sus

Tabla 5. Dimensión de adaptabilidad familiar. Conceptos interrelacionados

Adaptabilidad	Caótica Muy baja	Flexible Moderada alta	Estructurada Moderada baja	Rígida Muy baja
Asertividad	Estilos pasivo-agresivos	Sólo asertivo	Generalmente asertivo	Estilo pasivo o agresivo
Control	No existe líder	Igualitaria con cambios fluidos	Democrática con líder estable	Líder autoritario
Disciplina	Laissez-faire	Democráticas con consecuencias impredecibles	Democrática con consecuencias predecibles	Autocrática demasiado estricta
Negociación	Negociación sin fin y pobre resolución de problemas	Buena negociación y buena solución de problemas	Negociación estructurada	Negociación limitada. Pobre resolución de problemas
Roles	Cambio dramático de roles	Se comparten roles. Cambio dramático de roles	Se comparten algunos roles	Rigidez y estereotipia de roles

Fuente: Cárdenas (1987, pp. 48-49).

actividades habituales, de la misma forma y con las mismas personas (Quintanar, 2004).

Esto nos lleva a pensar en los límites familiares, que no siempre se toman en cuenta: cambio de roles, en intereses y prioridades, decisiones y formas de solucionar problemas. En las familias es común encontrar integrantes reticentes a los cambios. Con base en los factores o dimensiones de cohesión y adaptabilidad, el modelo circumplejo proporciona combinaciones de escenarios familiares en función de los patrones de comportamiento predominantes, algunos saludables y otro no.

Podemos identificar cuatro niveles de cohesión familiar a partir de los ocho componentes del factor de cohesión: lazos afectivos, límites o fronteras, coaliciones, tiempo familiar, espacio, amigos, toma de decisiones, e intereses y diversiones. En el primer nivel la cohesión es muy baja, se considera que la familia está desvinculada. Sigue una cohesión de baja a moderada, en la que la familia tiene niveles básicos de relación con tiem-

pos, espacios, roles y amistades compartidos pero abiertos. En el tercer nivel la cohesión que va de moderada a alta; se asume que la familia mantiene buenos canales de comunicación y relaciones funcionales, pues se comparten intereses y las decisiones se toman considerando a los demás. En el nivel de cohesión muy alta, la familia está muy amalgamada y se traslapan los componentes familiares de todos los integrantes. Este nivel no es saludable y compromete la autonomía de las personas. En la Tabla 4 se representan los grados de cohesión familiar (desvinculada, separada, conectada y amalgamada) y sus componentes.

El factor de adaptación tiene seis componentes —asertividad, liderazgo o control, disciplina, negociación, roles y reglas— que organizan la adaptabilidad familiar en cuatro niveles. El primero es la adaptación muy baja, en la que la adaptabilidad se considera caótica en relaciones sin control, agresivas y sin roles definidos. El segundo nivel es de adaptabilidad de moderada a alta, que permite una

Tabla 6. Modelo circunplejo: dieciséis posibles tipos de sistemas maritales y familiares

		Baja	Cohesión		Alta
		Desvinculada	Separada	Conectada	Amalgamada
Baja	Caótica	Caóticamente desvinculada			Caóticamente amalgamada
			Caóticamente separada	Caóticamente conectada	
Adaptabilidad	Flexible	Flexiblemente desvinculada			Flexiblemente amalgamada
			Flexiblemente separada	Flexiblemente conectada	
	Estructurada		Estructuralmente separada	Estructuralmente conectada	
Estructuralmente desvinculada				Estructuralmente amalgamada	
Alta	Rígida	Rígidamente desvinculada			Rígidamente amalgamada
			Rígidamente separada	Rígidamente conectada	

Fuente: Cárdenas (1987, pp. 48-49)

adaptación flexible. El tercer nivel es la adaptabilidad moderada a baja que remite a una familia estructurada. La adaptabilidad muy baja se refiere a una familia rígida que muestra familias disfuncionales con la dimensión caótica (Quintanar, 2004).

En la Tabla 5 se representan los grados de adaptabilidad familiar (caótica, flexible, estructurada y rígida) y sus rubros.

La combinación de los componentes de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad proporcionan 16 tipos de sistemas familiares, como se muestra en la Tabla 6. Las categorías extremas marcadas en rosa son los tipos de relaciones familiares más patológicos en el modelo. Los tipos de familias disfuncionales, con problemas de comunicación y conflictos frecuentes, confusión de componentes, miedos, postergación de decisiones, culpas y compromisos difíciles de cumplir, se señalan en amarillo. En el centro están las cuatro categorías saludables en las que los problemas se

resuelven con fluidez, se prevén crisis y se anticipan posibles soluciones, la adaptabilidad es flexible o estructurada en una cohesión un poco separada, pero con canales de comunicación disponibles.

El personal de salud tiene la posibilidad de explorar la tipología familiar durante la entrevista clínica. En una visita al hogar, o lugar de estancia, se pueden explorar los problemas de salud mental, y el desarrollo humano de la vida familiar con el propósito de relacionar el comportamiento familiar con la conducta de uno de sus miembros. La visita puede durar de dos a tres horas. Por lo regular, se consigna por escrito una vez concluida.

Para trabajar con la familia, sugiero tomar en cuenta sus componentes, estructura u organización, dinámica y tipología. El personal de salud puede apegarse a la sugerencia de Ackerman (1995), que señala el valor de la cualidad de viveza de la información por encima de los riesgos de una observación distorsionada debido al peso de

lo institucional, como el ámbito hospitalario o de consultorio. Recomienda que el informe por escrito se divida en cinco partes: a) un resumen de los acontecimientos de la visita en orden cronológico; b) considerar a la familia como grupo; la entrevista abarca la impresión del visitante sobre las pautas de integración y la conducta en los roles de los integrantes y sus relaciones generacionales; c) descripción breve de cada miembro de la familia y un familiograma; d) observaciones sobre el vecindario físico y humano, y e) información variada y complementaria, como la forma de control del dinero, los tiempos, los espacios y los roles; si es pertinente, se incluyen las mascotas debido a la relación afectiva con ellas.

Cuestionario 3. Revisión de caso clínico

De acuerdo con el apartado sobre familia responde las siguientes preguntas, luego comenta tus respuestas con dos participantes. Después elaboren una breve nota informativa y discútanla en sesión plenaria.

1. ¿Qué tipo de problemas se pueden identificar que muestren el riesgo de afección a la salud mental de Luz?
2. ¿Cuáles fueron las decisiones más importantes que Luz debió tomar que la ponían en riesgo?
3. ¿Qué tipo de familia se puede suponer que tenía Luz?
4. ¿Qué aspectos de su vida dejó pasar el personal que la atendía?

5. Dada la naturaleza del caso ¿se puede suponer que sí hay un problema de tipo psiquiátrico? Explica la razón de tu respuesta.

1.23. Caso 4. Luz S.

Historia clínica psicológica

1. Datos de identificación

Consultante: Luz S., mujer de 58 años, nacida en Veracruz, soltera, con educación primaria incompleta, católica. Trabaja como auxiliar de limpieza. No menciona a ningún familiar o personas importantes.

2. Motivos y circunstancias de la consulta

Se solicitó una evaluación psicológica de LSS por cambios de comportamiento agresivo sin motivo aparente. LSS empezaba causar problemas en el centro en el que vivía. Me acerqué para hacerle la entrevista y su única condición fue que la dejara libre, al menos media hora, para prepararse para ir a trabajar.

3. Descripción de la persona y observaciones

No aparenta su edad cronológica, se ve mucho más joven. Estatura mediana. Cabello corto, rizado, oscuro. Dentadura visiblemente descuidada. Su atuendo y apariencia física no corresponden al de su género. Su arreglo personal es descuidado.

Se muestra desconfiada con cualquier persona de su entorno, evita el contacto físico, es impulsiva y en ocasiones agresiva.

4. Situación actual

Menciona: “el miércoles es un día totalmente diferente a los demás días, me gusta ese día”, “el viernes y el sábado me dan miedo”. Al preguntarle la razón de su miedo contestó: “esos son los días que uno se va de fiesta y toma o se droga. Como yo ya no lo quiero hacer, me da miedo recaer”. Se despierta a las 7 de la mañana, se baña y desayuna. Hace las labores que le corresponden y alrededor de la una de la tarde sale a su trabajo como auxiliar de limpieza cerca de la estación del metro Zócalo. En las celebraciones del centro LSS se ausentaba, permanecía en su habitación y sólo salía al terminar el festejo o se iba a trabajar antes de que comenzara.

5. Historia y constelación familiar

“Mi papá se llamaba Venancio, tomaba y era violento. Mi mamá se llamaba Natalia. Éramos seis hermanos. La primera es Victoria, era simpática, pero orgullosa. Después José. Él se suicidó cuando tenía 24 años. Tomó LSD, empezó a alucinar. Era muy débil para esa droga. Se ahorcó con un lazo, era ingeniero industrial. Él me buscaba para pelear. Después Paula, era coqueta y daba lata. Luego soy yo. Siempre me consideré inferior. Me ignoraban. Luego está Edgardo. Él es humilde. El último es Nelson. Él es neurótico y tiene alergias”.

Comenta que acostumbraban contarles historias bíblicas cuando eran niños. Las decisiones impor-

tantes las tomaban entre ambos padres. Dijo que se sentía con la obligación de apoderarse de su padre y que lo logró al demostrarle que era inteligente.

6. Historia personal

Luz proporcionó muchos detalles en este apartado. Comentó que aproximadamente al año y medio de nacida comenzó a caminar y dejó de tomar leche materna. Respecto a su infancia, dijo: “me daba cuenta de que los juegos eran mentira y me daba coraje”. Narró que su infancia no duró mucho, pues en una ocasión, jugando, un niño la llevó a una barranca y le dijo que ella se tenía que quitar la ropa interior porque estaban jugando a que estaban casados: “entonces Jesús y Satanás se me aparecieron, me fui de ahí y le conté a uno de mis hermanos, pero no se lo dije a mi papá”.

Cuando tenía aproximadamente 8 años comenzó a sentir miedo a la soledad y le preocupaba que su papá llegara borracho a su casa: “¿quién iba a salvar a mi mamá?”. Comenta que a esa edad vio a su padre tener sexo con una mujer que no era su madre.

Sobre su juventud, dijo que comenzó a consumir marihuana a los 17 años. A los 28 años consumía alcohol con frecuencia. A partir de los 30 años consumía drogas, como la cocaína y la piedra, siempre las acompañaba de alcohol. En su vida adulta viajó a lugares como Canadá. Antes de cruzar la frontera hacia Estados Unidos, un hombre la violó y quedó embarazada. Comenzó a vivir en el Distrito Federal (DF). Nació su hija y tiempo después ambas viajaron a Canadá. Tenía un empleo formal, pero debido al consumo de drogas y a que delinquía, el gobierno le quitó a su hija y la mandó a una cárcel. No dijo cuánto tiempo pasó encar-

celada, sólo que después de juicios y exámenes psicológicos fue deportada a México sin su hija.

Después viajó a Guatemala, El Salvador y Honduras, donde vivió como indigente. Regresó a México y viajó por la república. En Veracruz ingresó a Alcohólicos Anónimos (AA), pero dijo que no le sirvió. En Chiapas “me tocó tocar fondo”. Dijo que ahí tuvo su “experiencia”, que es parte del programa de AA. Llegó al DF.

No mencionó por qué sus viajes eran constantes. En algunos lugares conseguía trabajos eventuales. Seguía drogándose y como no siempre había empleo, comenzó a prostituirse. Comentó que le gustaría regresar a Canadá en algunos años para ver a su hija, de la que está separada desde que ella tenía tres años. Sigue acudiendo a AA.

7. Salud

Reportó su salud como mala. Padece hipertensión arterial, neumonía, estreñimiento, anginas, sinusitis e infección bucofaringea. Comentó que los cítricos y los alimentos fríos le producen vómito y que algunos de sus familiares padecen de lo mismo. Hace casi ocho meses se luxó el tobillo izquierdo. Su última citología fue hace año y medio, y el resultado fue malo. Tuvo sangrado posmenopáusico, prurito genital y flujo. Negó padecer o haber padecido enfermedades de transmisión sexual, así como tener relaciones sexuales.

Consume los alimentos que le proporcionan en la casa hogar, pero no dentro de la casa. Comentó que el ambiente en el comedor no le gusta: “a veces están echando habladas y de estar escuchando eso me cae mal la comida. A veces prefiero no comer ahí o de plano no como”. En ocasiones consume alimentos en la calle, como

golosinas o alimentos con mucha grasa. A veces fuma. Es fumadora desde los 18 años. Comentó que consumía diario al menos cinco botellas de alcohol: “tomaba charanda, cerveza, todo”. Desde hace cinco años no consume alcohol. Dijo que había tenido periodos de depresión y que no ha tenido tratamiento médico o psicológico. Le molesta que el personal del centro de salud le pregunten lo mismo en cada consulta y que no haga nada. Esto la irrita y suele discutir con el personal.

A primera vista, tiene buena condición visomotora y de equilibrio, aunque el uso de drogas pudo afectar su sistema nervioso central. Suele actuar de manera paranoica y agresiva dentro y fuera de la casa.

8. Vida laboral

Comentó que decidió trabajar porque le gustaba tener cosas buenas. A los 20 años tuvo su primer empleo en Veracruz, ensamblando circuitos de radio en una fábrica. Trabajó ahí aproximadamente dos años. La despidieron porque llegaba tarde. A los 23 años trabajó en un almacén de telas. No tenía buenas relaciones con sus compañeras. Tres años después, la despidieron. A los 26 años trabajó procesando cerámica. Dijo que había mucha competencia entre ella y sus compañeras, por lo cual el trabajo era cada vez más difícil y tuvo que renunciar.

Menciona que después se trasladó al DF. A los 27 años trabajaba en una fábrica de lentes en Tacuba. Sólo estuvo nueve meses porque tampoco se llevaba bien con sus compañeras. El mismo año trabajó dos meses haciendo el aseo en una casa en un poblado del Estado de México. Dijo que su hija enfermó gravemente y que tuvo que dejar ese empleo. Después de este punto, dejó

de dar datos precisos. Mencionó otros empleos: vendedora de puerta en puerta, ensambladora, aseo en casa, ayudante de cocina, barrendera y su empleo actual. No dijo cuál era su sueldo o algo aproximado. Comentó que se tuvo que dedicar a la prostitución porque tenía muchos vicios y en ocasiones no tenía trabajo ni dinero para pagarlos.

9. Ajuste social y relaciones interpersonales

A los 16 años tuvo su primer novio. Dijo que no le interesaba tener un novio, pero sus amigas le daban consejos para que ninguno se propasara con ella. Afirmó que lo que le gustaba de tener novio era hacerlos sufrir y causar que se pelearan con otros muchachos por ella: “me gustaba celarlos, hacerlos sufrir, por lo que mi papá le hizo a mi mamá”, “me hacía sentir fuerte y feliz que se pelearan, aunque mi conciencia me decía que eso estaba mal”.

Luz estuvo en la cárcel en Canadá porque consumía drogas. Abandonaba a su hija y el gobierno canadiense decidió quitársela. Allí hizo muchos amigos de todas partes del mundo: griegos, italianos, estadounidenses, canadienses, entre otros. Comenta que entabló la mayoría de sus amistades mientras estaba drogada.

Dentro de la casa no se relacionaba con muchas personas, sólo para lo necesario. A veces la requerían para actividades que ninguna otra mujer sabía o quería hacer, como trabajos de albañilería.

10. Vida sexual y marital

Inició su vida sexual a los 21 años con un amigo de su hermano que tenía 42 años: “lo hice porque

quería saber qué se sentía y para saber por qué sufren las personas. No me gustó, sólo sentí dolor y me sacó sangre”. Sobre su sexualidad comentó: “no vale la pena sufrir por eso, además, es una cosa muy sucia”, “para ellos no es mujer la que no hace lo que ellos dicen”, “es una cosa que apesta, es mucho más importante la comida”. Dijo que en una ocasión trató de masturbarse: “eso me pareció de animales”. Dijo que con ninguno de sus novios tuvo sexo, y que ha recibido invitaciones para participar en relaciones grupales con hombres y mujeres: “he tenido invitaciones, pero no me ha parecido”. Comentó que no tuvo ningún tipo de modelo sexual, aunque hablaba con sus amigos al respecto. Pensaba que sus amigos deberían sentir pena por hablar sobre sexo. LSS comenzó a ejercer la prostitución a los 30 años: “por andar de teporocho, porque necesitaba dinero para drogarme, porque mis adicciones eran más grandes”. No mencionó cuánto tiempo ejerció la prostitución, sólo que fue de manera intermitente y que en la actualidad no la ejerce. Cobraba por su servicio entre 100 y 150 pesos, por poco tiempo, una hora, hora y media. “Yo pongo las reglas”, “yo sólo dejo que me la metan en la vagina, nada más, porque hay unos que luego te dicen que se las chupes, o que por el ano y yo no hago eso”, “yo en un día tenía dos o tres clientes”. Decidió dejar de ejercer “porque yo no quería hacer cosas que me pedían, además me amenazaban los policías de que me iban a pegar si me veían por ahí, por eso mejor ya no lo hice”. No menciona si alguien de su familia sabe que ejerció la prostitución.

A los 24 o 25 años fue violada. Producto de esa violación tuvo una hija a la que llamó José Raquel: “José como mi hermano”. La crio durante tres años: “cuando vivíamos en Canadá, la llevaba

a lugares buenos, me gustaba verla crecer, caminar y hablar”, “la sentía como que era mía, de mi propiedad”. Debido al abandono en el que tenía a su hija por el consumo de drogas, el gobierno se la quitó y la envió a un orfanato. Dijo que sabe dónde localizarla y que planea buscarla.

11. Vida espiritual e historia religiosa

Sus padres le inculcaron la religión católica, orar, ir a misa, confesarse. Tomó los sacramentos de bautizo y primera comunión. Comentó que su estilo de vida la llevó a estar cerca de Dios: “hubo un tiempo que renegué de él, pero me di cuenta de que estaba equivocada y que había muchas maneras de acercarse a él”. Comentó que en su vida Dios es una parte importante “en él yo encuentro mi fuerza, en él está la fuerza del ser humano, en él está la inteligencia”. Dice que “la religión es fundamental para encontrar algo en ti”. Comentó que se acercó a otras prácticas religiosas con los gnósticos, los krishnas, los cristianos y dentro de su grupo de AA. Sobre la muerte comentó: “es algo que nos va a pasar a todos y no lo podemos evitar”.

12. Observaciones generales

Es difícil saber si los datos que proporcionó ocurrieron en el tiempo y espacio que menciona. A veces decía que su hija había nacido en Canadá, otras que había nacido en México. Afirmaba que ya no se drogaba, pero después comentaba que fumaba marihuana. Algunos días estaba muy tranquila y en ocasiones se tornaba muy agresiva.

Sobre sus trabajos, llama la atención que la razón para dejarlos fuera la competitividad, aun-

que también comentaba que renunciaba porque sus jefes le pedían favores sexuales o porque se llevaba mal con sus compañeros. A la pregunta de en qué trabajos le ocurría esto, respondía con la versión de la competitividad. Durante las entrevistas era muy cooperativa. En ocasiones sugirió que siguiéramos la entrevista de camino a su trabajo o que saliéramos de la casa, pues el ambiente no le gustaba.

Impresión diagnóstica

Cooperaba en tareas dentro de la casa, pero en muchas ocasiones se apartaba porque consideraba que su “demonio de la ira” podía dominarla. Estas ideas y las referentes a experiencias extrasensoriales y vidas pasadas, entre otras, eran recurrentes en su discurso.

Es probable que el uso prolongado de drogas diversas (mariguana, piedra, cocaína y alcohol) haya causado ideas paranoicas sobre la gente que transita en la calle. La persona drogada puede pensar que toda la gente con la que tropieza lo hace a propósito.

Luz dice que evita las discusiones dentro de la casa. Mencionó que le faltaba encontrarse a sí misma, que la única persona que puede ayudarla es Dios por medio de su grupo de AA. También decía que el diablo era un medio para solucionar sus problemas o frustraciones.

Sugerencias de tratamiento

Conviene un tratamiento en el que aprenda a controlar sus impulsos en sesiones con técnicas vivenciales y de toma de decisiones, o solución de problemas, pues no sabe resolverlos sin recu-

rrir a la violencia. Se recomienda visitar el centro de salud y entrevistar a parte del personal que la atendió desde que llegó al centro donde vive. Suele perder sus visitas por varios meses. Saben que Luz viajaba por diferentes motivos y que vivió en el extranjero, pero era de trato difícil y había temas de los que no le gustaba hablar.

Pronóstico

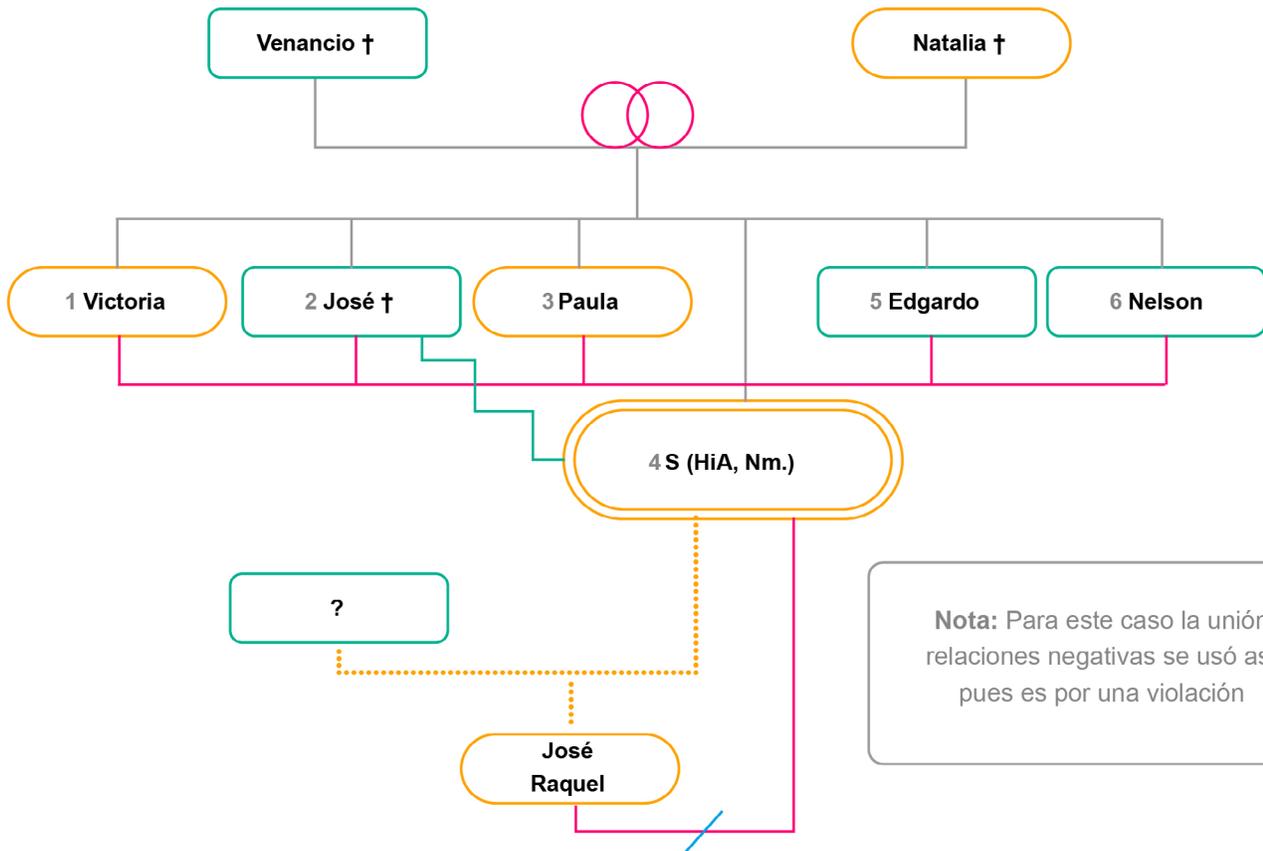
Su actitud paranoica y agresiva dificulta que la gente se acerque a ella. Sus relaciones personales se ven afectadas en el medio en el que se desenvuelve. Luz dejó de vivir en la casa hogar. Debido a su conducta, el personal del centro le notificó que tendría que irse en un plazo establecido. Dejó algunas cosas, pero no volvió por ellas. Lo último que se supo de ella fue que vivía en la calle, cerca del Zócalo. Con estos antecedentes, podemos suponer que Luz volverá a delinquir o a ejercer la prostitución. Hay que considerar que al vivir en la calle la expone al consumo de drogas, por esta razón el pronóstico es reservado.

En este caso observamos que la movilidad de Luz fue un factor determinante para no consolidar redes de apoyo social. Los límites familiares no eran claros, los integrantes de su familia mantenían un pensamiento mágico-religioso que comprometía su convivencia. No se observan roles claros ni estructura de tiempos y actividades, además, no se identificaron posibles nexos con otros familiares. Por lo general migraba de manera ilegal, lo que la privaba de apoyos sociales.

El caso de Luz cuenta con diversos elementos desde los cuales se puede realizar un análisis para el tema que nos ocupa. Se puede partir de la historia personal y la constelación familiar, retomando aspectos de los otros apartados del caso.

Con la información disponible es posible considerar que Luz no contó con un entorno estable, saludable y consistente. Como se señaló previamente, no contaba con instancias que le marcaran límites desde la infancia; el alcoholismo de su padre y el suicidio de su hermano, por consumo de drogas, permiten anticipar que Luz se va a encontrar con diversos problemas de adaptación a lo largo de su curso de vida. Se puede decir que Luz provenía de una familia caóticamente separada, o caóticamente desvinculada; reconocer alguna de estas dos posibilidades permite entender la falta de compromiso y de correspondencia que Luz tiene en sus relaciones interpersonales. Bajo estas condiciones se reconoce que Luz se encuentra en un proceso de envejecimiento carente de redes de apoyo social, pues incluso en los lugares del extranjero donde llegó a trabajar no consolidó una red de apoyo social exponiéndose a terminar su vida en mayores condiciones de vulnerabilidad.

Organización y estructura familiar (familiograma por generación, eventos y enfermedades)



Simbología



Sección II

Casos clínicos para analizar la salud mental

En esta sección se presentan casos en los que el autor del presente manual tuvo oportunidad de trabajar. Cuando los casos se retoman de los medios de comunicación, se indica la fuente original. Se intentó recabar información reciente de casos afectados por covid-19, pero muy pocos cuentan con información completa y sustentada. Se han cambiado los nombres y datos de estancia para proteger la intimidad de las personas, aun cuando la mayoría ha fallecido. Los casos se presentan con fines educativos y profesionales.

Los casos se eligieron de acuerdo con cinco criterios: 1) que hubieran sucedido hace máximo cinco años; 2) que tuvieran experiencia como migrantes; 3) que fueran personas de nacionalidades diversas con motivos también variados para migrar dentro o fuera de su país de origen; 4) que reflejaran problemas con los que el personal de salud pueda encontrarse en centros de salud y asistencia a migrantes, y 5) que manifestaran enfermedades que comparten los migrantes, con o sin covid-19, y padecimientos de salud mental que no necesariamente tienen un origen psiquiátrico o neurológico.

Es importante tomar en cuenta que los problemas de salud mental varían con el tiempo, incluso de generación en generación. El personal de salud tendrá que cuidar su enfoque del problema y qué tan actualizada es su mirada.

En esta sección se puede trabajar en una o dos sesiones, y se seguirán estas instrucciones:

Los participantes deberán reunirse en parejas o tríos, de manera virtual o presencial. Cada persona seleccionará dos casos, uno para trabajo individual y otro en equipo.

Se establece el tiempo para leer los casos. Después de la lectura, se señalarán los tipos de riesgo para cada caso y cómo los trataría cada quién. Es necesario argumentar la respuesta. En la reunión siguiente, los equipos comentarán qué les interesó de cada caso, con énfasis en la forma en la que cada uno percibió el caso común. Anotarán sus comentarios.

Para el caso estudiado de manera individual, indicarán si cambiarían algo del tratamiento propuesto y lo argumentarán ante el equipo. Al terminar, enlistarán los elementos que utilizaron como indicadores de los riesgos y cambios en la salud mental, y los recursos que identificaron en los pacientes de cada caso.

A continuación, indicarán el nivel de atención que consideraron se podría brindar, desde la atención al síntoma hasta la búsqueda de trascendencia.

Elegirán un caso de los que trabajaron en equipo y lo analizarán desde el esquema básico de la salud para señalar los mecanismos de defensa que observaron. Es indispensable reconocer que no siempre se llega a un diagnóstico en el caso de la persona migrante, y que lo importante es que el personal de salud tenga elementos que utilice, como puntos de referencia, para identificar qué le afecta al paciente y orientarlo. Los casos deberán estudiarse considerando los conceptos revisados en el texto, como los tipos de síndromes, el esquema básico de salud, el posible efecto de desamparo aprendido, los elementos básicos de asertividad y derechos asertivos, la diferenciación de ideas racionales e irracionales y la tipología familiar según el modelo circunplejo. Al final, se discutirá la experiencia de la revisión de casos

en una sesión plenaria. Las siguientes preguntas pueden ser el punto de partida:

Cuestionario 4. Preguntas guía para discusión de casos

1. ¿Qué tipo de migración consideras que se presenta en el caso?
2. Según el esquema básico de la salud, ¿en qué momento se puede identificar la decisión de migrar?
3. De acuerdo con el esquema básico de la salud, ¿qué recursos se identifican en la persona?
4. ¿El caso revisado permite identificar algún riesgo de estar en condición de desamparo aprendido?
5. ¿A qué riesgos o presiones externas se enfrentaba la persona al migrar en el caso que revisaste?
6. ¿Qué condición observaste en su tipología familiar?
7. ¿Qué tipo de ideas, racionales e irracionales, identificaste en cada caso?
8. ¿Qué habilidades sociales y de asertividad estaban en juego en los casos que revisaste?
9. En los casos revisados, ¿qué factores protectores podrían haber encontrado las personas?
10. ¿Qué mecanismos de defensa se identifican con más frecuencia en los casos citados?
11. ¿Qué sentimientos generan en ti los casos con los que trabajaste en este documento?
12. ¿Cuáles son los tipos de problemas más frecuentes que identificaste en los casos revisados?
13. Actividad vivenciada mediante dramatización y juegos de roles.
14. Considerando los casos en su conjunto, ¿qué tipo de problemas de salud mental podrían anticiparse o identificarse, según el género, edad y condición personal?
15. Con base en la información anterior, ¿qué podría recomendarse a los países en relación con sus programas de políticas públicas en salud mental?

Elabora un ensayo de 10 a 12 cuartillas (opcional).

2.1. Caso 5. Joven costeño con discapacidad en condición de calle

Integrante de una comunidad indígena del sureste mexicano, este joven de casi 24 años, a quien llamaremos Felipe, presenta parálisis cerebral leve que le impide ponerse de pie o caminar erguido. Es altamente funcional. No habla con fluidez, pero se le entiende bien y se comunica con naturalidad. Su familia lo llevó a un centro comunitario que atiende la discapacidad en comunidades rurales, en el que se le ofreció capacitarlo para un oficio.

Él aceptó al principio, pero poco a poco se desentendió del curso de capacitación. Un día decidió que ya no quería seguir en el centro y se fue. Se le explicó lo que faltaba por hacer, pero prefirió irse e intentar vivir por su cuenta.

Un día, parte del equipo hacía trabajo de campo en la cabecera municipal y se encontró con Felipe. Él saludó al equipo. Platicaron y él comentó que ya no quiso regresar a su comunidad, que vivía en la calle y trabajaba limpiando mesas en restaurantes y cafeterías que se lo permitieran.

Dormía en el piso, vestía ropa vieja y desgastada, estaba en malas condiciones de aliño, pero nunca se portó agresivo ni se reportó que llegara a robar a pesar de que necesitara dinero. Comía lo que lograba pescar en el malecón o en el río. Explicó que decidió vivir así porque toda la gente trataba de abusar de su confianza, nadie reconocía su trabajo y siempre lo ponían a hacer cosas que no le interesaban. Felipe aseguraba que Dios sabía lo que le mandaba en la vida y que él debía cumplir lo que le dijera el Señor. Al equipo de trabajo le llamó la atención este comentario, pero se le respetó y se evitó entrar en controversia con él.

Felipe tenía ganas de irse a vivir a la capital del estado, pero nunca quiso aprender un oficio ni regresar a su comunidad, de hecho, le costaba integrarse en las actividades grupales del centro para jóvenes con discapacidad.

2.2. Caso 6. Migrante que muere por covid-19

Luis era originario de Guanajuato, pero vivía en Texas. Tenía 57 años. Viajó por segunda vez a Estados Unidos y dejó a su esposa y cinco hijos.

Tenía casi ocho años sin verlos. La primera vez que viajó estuvo fuera casi siete años, pero había visto a su familia al menos dos veces y le llevaba dinero.

Dos de sus hijos también emigraron y trabajaron con él en almacenes y jardinería por temporadas breves, pero regresaron porque no querían dejar solas a su madre y sus hermanas.

Luis era diabético y presentaba complicaciones propias del padecimiento. Empezaba a perder la vista, presentar pie diabético, y tenía problemas en los riñones.

Dado que su residencia no era legal, no tenía un trabajo estable, prestaciones, ni servicios médicos. Vivía en una habitación modesta con un sanitario. Ahí tenía lo poco que poseía. Luis se contagió de covid-19 y se atendió en los servicios de salud públicos, pero tenía miedo de que lo deportaran. Hablaba con su familia por celular. No tenía amigos ni conocidos en los cuales apoyarse en momentos de crisis y necesidad.

No quiso decir que se había contagiado de covid-19 a mediados de abril de 2020, pero tuvo que avisarle a su familia. Sus hijos intentaron ir a verlo, pero no les fue posible. Luis fue identificado como persona de riesgo y aislado. Falleció en el hospital y una enfermera se ofreció a avisarle a su familia. Los restos de Luis fueron incinerados y la familia no ha podido recogerlos. Murió solo y sin poder comunicarse con su familia durante sus últimos días. No dejó propiedades ni dinero.

Su esposa comenta que no quería que Luis se quedara solo allá y que le decía que regresara, pero Luis argumentaba que vivir aquí era más difícil para él, porque ya no le daban trabajo y tenían muchos gastos. A ella se le hace muy difícil saber lo que pasó, le pesa no saber dónde están sus restos. Lo único que le ayuda es ir a la iglesia y rezar por él,

pero a veces, en las tardes, tiene la sensación de que Luis podría regresar en cualquier momento.

2.3. Caso 7. Mujer judía de Buenos Aires sobreviviente del Holocausto

Edna era una mujer de 84 años, viuda desde 15 años atrás, con dos hijas y un hijo de entre 45 y 52 años. Originaria de Berlín, Alemania, emigró a Sudamérica después de ser liberada de un campo de concentración a los 23 años.

Edna quedó marcada con los números que les tatuaban al ingresar al campo de concentración, nunca se los pudo quitar. Recuperó su vida después de viajar y trabajar por diversos lugares. Llegó a Buenos Aires y ahí estudió una carrera administrativa y conoció a quien fue su marido.

Edna trabajó en el Ministerio de Seguridad Social. Llegó a ser directora de un centro para mayores de la comunidad judía en Buenos Aires. Logró hacerlo crecer y mejoró los servicios. Con su trabajo y trato se ganó el aprecio y cariño de los residentes y visitantes. Después de un tiempo, Edna empezó a presentar señales de demencia. A veces se le veía aislada en un rincón hablando con una persona imaginaria. Olvidaba las cosas y eso la irritaba mucho. En ocasiones Edna era más exigente hacia el personal del centro y su trabajo, pero conocían su historia y eso les ayudaba a respetarla. En sus momentos de gran descontrol, Edna gritaba “¡maldito Hitler, te he vencido... ¡Tú estás muerto y yo sigo viva! ¡Mírame, Hitler, yo estoy aquí y tú te pudres en el infierno!”. En

ocasiones se tomaba el brazo marcado con los números del campo de concentración, lo levanta lo más alto que podía y gritaba: “¡te he vencido, Hitler! ¡Te he ganado a ti y a todos los tuyos!”.

El personal del centro le tiene un aprecio especial. Notaron que varias de las ideas y recuerdos de Edna se relacionan con su pérdida familiar y su experiencia en el campo de concentración. El personal entiende que cuando Edna les grita o agrade, no se dirige a ellos como personas, sino a algo de sus recuerdos.

2.4. Caso 8. Migrante japonesa sobreviviente de las bombas nucleares

Akiko era una mujer japonesa de 89 años, sobreviviente de las dos bombas nucleares que destruyeron Hiroshima y Nagasaki durante la Segunda Guerra Mundial. A los 17 años ayudaba a su familia en el campo, en Japón. Un día, de regreso a su casa vio cómo caía una bomba en Hiroshima, cerca de donde vivía. Ahí perdió a sus padres y hermanos. Decidió ir a Nagasaki porque tenía familiares allá. Cuatro días después cayó otra bomba y otra ciudad importante para ella fue destruida. Prácticamente se quedó sin familia. Después de la rendición de Japón mucha gente emigró. Ella logró viajar primero a Estados Unidos y luego a México, donde conoció a su esposo. Tuvo dos hijas.

Puso un negocio de artesanía en la ciudad de Puebla y vivía tranquila. El negocio prosperó y le proporcionó solvencia económica. Su familia

le ayudaba. Akiko era muy callada, sencilla pero de carácter fuerte. Nunca regresó al Japón ni tuvo contacto con la familia lejana que se quedó allá. Era muy trabajadora y conservaba algunas de sus costumbres, como pintar y escribir. En algún momento, sus hijas se dieron cuenta de que Akiko no podía recordar cosas o pronunciar algunas palabras; se perdía en el flujo de una charla familiar y confundía situaciones y personas. También se volvió muy irritable y llegó a agredir a su propia familia. Las hijas, ya casadas, decidieron llevarla a un lugar donde la atendiera. Ahí murió, en 2017, con una demencia avanzada.

2.5. Caso 9. Intento de suicidio de T. O.

T.O. era un joven de 17 años. Llegó al servicio de psiquiatría del hospital por encontrarse en un estado profundo de tristeza, deprimido. No quería hablar con nadie. Se le hizo una entrevista clínica y se le dieron indicaciones para su estancia en el pabellón. La madre proporcionó la información, pero no sabía por qué su hijo se sentía así. Él sólo decía que no confiaba en nadie, que no se sentía a gusto con su familia y que no sabía qué hacer. No se encontraron indicadores de consumo de tabaco, drogas o alcohol. La familia vivía en una de las zonas más pobres del norte de la Ciudad de México. En la misma casa vivían sus padres y tres hermanas. Una de ellas vivía ahí con su esposo y un bebé de siete meses. T. O. era el menor de la familia. Su madre se dedicaba al hogar y en ocasiones vendía algunas cosas para ayudar a los gastos. Su padre había sido comandante de la policía estatal y en ese momento trabajaba como

guardia de seguridad en una compañía privada. Toda la familia había construido la casa y distribuido con sus respectivos espacios. La vivienda era de dos niveles, asentada en un terreno irregular. Adentro había una escalera de cemento pegada a la pared, que daba tres vueltas y tenía un descanso. En el techo había un tragaluz. La casa estaba arreglada de manera modesta pero limpia.

El director del pabellón era conocido por actuar con prepotencia y despotismo. Pasaba la mayor parte del tiempo en reuniones sindicales. Hacía un único recorrido en el pabellón por la mañana. Casi no consideraba las sugerencias de psicólogos y terapeutas, y se centraba en administrar tratamiento farmacológico. Casi nunca daba seguimiento real a los casos que atendía; los residentes se encargaban de eso. Exigió que no se tocara para nada a los pacientes y que no se tomaran los expedientes. Entrevistó a T. O. cuando lo internaron, pero no dedicó tiempo suficiente a escucharlo.

Las responsables de trabajo social y terapia familiar invitaron a T. O. a participar en las actividades dentro del hospital desde su llegada. Él accedió, sin embargo, se sentía torpe con tanto medicamento. Le gustaba lanzar un balón de basquetbol a la canasta, podía pasar mucho tiempo en esa actividad. Cuidaba a los pacientes más desprotegidos de los que eran más fuertes y agresivos. Por ser alto y de complexión atlética los pacientes de menor edad se acercaban a él para sentirse seguros y trataban de jugar lo que podían. T. O. los protegía y les compartía de su comida, aunque los alimentos no eran agradables a la vista ni al paladar. No hablaba con nadie, se quedaba callado la mayor parte del tiempo, pero colaboraba. Por efecto del medicamento, se sentía adormilado, pero participaba en las actividades si podía.

Un viernes, casi dos meses después de su estancia en el pabellón, me enteré de que lo habían dado de alta. Antes se le sugirió al director que consultara a la familia y se le brindara atención, porque se sabía poco de su entorno familiar. La sugerencia no se tomó en cuenta.

El lunes siguiente, dos compañeras me pidieron que fuera al área de enfermería del pabellón. Comentaron que descubriría algo no muy agradable. Al abrir la puerta me encontré con T. O., con un ojo morado, el pómulo abierto, casi con exposición de hueso, y una abertura en la cabeza. También tenía el cuello lastimado, sin piel, con el músculo y el tejido graso expuestos a lo largo de la herida. Estaba sedado. Había llegado el domingo en la noche.

Al investigar el evento supe que T. O. llegó a su casa el viernes que lo dieron de alta. La familia lo recibió y lo atendió. El domingo a mediodía decidieron ir a comprar algunas cosas todos juntos y le preguntaron a T. O. si quería ir. Respondió que tenía sueño y prefería dormir un rato en lo que llegaban. La familia salió. A una de las hermanas se le olvidó un suéter y regresó. Abrió la puerta y empezó a gritar desesperada porque encontró a su hermano colgado de la escalera. T. O. había intentado suicidarse colgándose del tragaluz. Lo encontraron a tiempo para salvarle la vida.

Sin avisar al director, se formó un equipo de cuatro personas para visitar la casa de T. O. y averiguar qué había sucedido. Comenzó una serie de asesorías con T. O. y su familia, y entrevistas individuales.

Al hablar con T.O., se encontró que todo había empezado casi tres años antes. Dos de sus hermanos se habían ido a trabajar a Estados Unidos. Eran motivo de orgullo para sus padres, que no perdían oportunidad de hablar del tema. T. O. quiso alcanzarlos, sus padres lo apoyaron. Establecieron

contacto con sus hermanos y se fue para allá.

Cuando llegó, T. O. notó que pasaba algo que él no entendía. Sus hermanos no lo trataron como esperaba. Habían adquirido otras costumbres y hábitos, habían cambiado de religión, pero no la practicaban. Al poco tiempo, T. O. se dio cuenta de que sus hermanos eran adictos a las drogas y habían tenido problemas con la policía. Eso no le gustó, pero no se lo podía decir a sus padres.

Un día T. O. y sus hermanos llegaron de trabajar y en su casa había una reunión de la que no le habían comentado nada. Los asistentes lo invitaron a unirse a ellos en la fiesta, le ofrecieron cervezas y bebidas que él aceptó. Después lo presionaron para que consumiera alguna droga y fumara marihuana y T. O. se negó. Sus hermanos y amistades se molestaron, y al calor de las drogas, todos lo violaron. T. O. quedó muy lastimado, no supo qué hacer ni a dónde ir. Fuera de sus hermanos no tenía a nadie a quien acudir.

T. O. se distanció de sus hermanos, que dejaron de apoyarlo. Al poco tiempo regresó a casa de sus padres. No podía hablar de nada, se sentía fracasado, desilusionado y engañado, porque no había conseguido lo que se había propuesto. A los pocos meses su tristeza era tal que su familia lo ingresó al hospital. Estos datos no estaban anotados en el expediente, por lo que no había antecedentes claros.

En la primera visita al hogar se observó que había relaciones de dominio oculto entre los padres. El padre era muy dominante, se molestaba con facilidad y no escuchaba a la madre ni a las hijas. La mamá era muy reservada y procuraba no molestar al padre. Ambos sacaron adelante el hogar y su única preocupación era ayudar a su familia.

Sobre el intento de suicidio, explicaron que el fin de semana habían notado que T.O. estaba tranquilo después de salir del hospital. Habían pensado en salir a hacer compras en familia. La tarde del domingo salieron todos y una de las hermanas regresó por su suéter. Tocó la puerta, pero no le abrieron. Al entrar le sorprendió al ver a T. O. colgado del cuello. Salió corriendo a pedir ayuda. El padre, espantado, trató de sostener a su hijo de los tobillos y gritó “¡un machete, traigan un machete!”. Una de las hermanas de T. O. llegó corriendo y cortó la cuerda mientras el papá aún lo sostenía de los tobillos. Por eso T. O. cayó inconsciente y se golpeó con el filo de un escalón. Llevaron a T. O. a una clínica y de ahí lo mandaron al hospital psiquiátrico.

En las visitas a la casa de T.O. se encontró que casi nadie trataba el tema. Esto complicaba plantear la necesidad de apoyo terapéutico. Se me ocurrió pedir al padre que me mostrara la habitación de T. O. Noté que caminaba viendo hacia el piso y hablaba con voz hueca y repetitiva de lo que era de T. O., pero no se podía hablar de nada más con él. Al pasar por la escalera, subí unos escalones y salté hacia la viga dejando que mi cuerpo se meciera. Le pregunté “¿es así como encontraron a T. O?”. De pronto el padre empezó a gritar: “¡no, hijo, no, hijito! ¡bájate de ahí, hijo, no hagas eso!” y me tomó de los tobillos mientras trataba de levantarme. Reaccionó igual que cuando encontró a T. O. Después me gritó: ¡nooo, doctor, no haga eso!”, y lloró por primera vez. Todos abrazaron a su papá y comenzaron a llorar juntos. Los padres decían: “no es justo, no es justo lo que hicieron... ¿En qué fallamos?”.

Al hablar con todos, el padre aceptó que se había desilusionado de T. O. y que había idealizado mucho a sus otros hijos. Los padres reconocieron que no le habían brindado a T. O. el apoyo que

necesitaba, porque tenían los ojos cerrados ante lo que hacían los hermanos mayores. Los padres empezaron a discutir entre ellos, una de las hijas marcó un alto y les dijo que era suficiente. Les pidió que pusieran de su parte para tratar a su hijo. Los padres se sentían muy desilusionados, incluso engañados por sus dos hijos mayores. Las hermanas marcaron distancia con ellos y los padres hablaron con T. O. del error que habían cometido. El padre siguió trabajando y moderó su dominancia en la familia, pero no la dejó del todo. La madre siguió apoyando a la familia vendiendo lo que podía.

Dada la falta de profesionalismo en la atención que recibió T. O., la familia no quiso regresar al hospital y contactó a una psicoterapeuta particular que atendió a T. O. durante casi dos años. En visitas posteriores proporcionamos orientación a la familia. Casi año y medio después me encontré a T.O. en un centro comercial. En el cuello y el pómulo aún tenía las marcas de su intento, pero ya iba de compras y estaba bien, incluso sonreía con una persona que lo acompañaba. Tenía trabajo y estaba contento, ya no usaba medicamento y no volvió a ver a los hermanos.

2.6. Caso 10. Mujer joven indígena, migrante y cuidadora

Clara, de 22 años, vivía en un pueblo chatino de las montañas de Chiapas. Tenía educación básica incompleta. Es una mujer trabajadora. Habla chatino, zapoteco y castellano. Cuando tenía 15 años conoció a José, de 28 años, que era peón en el campo y trabajaba por temporadas como

jornalero. La convenció de que se fueran a vivir juntos, le dijo que la sacaría de su casa donde había muchas carencias y problemas con sus padres y sus cinco hermanos. Le prometió que no le iba a faltar nada y le compraría todo lo que ella quisiera, que se irían a vivir a una casa bonita lejos de todo. Sin embargo, José era alcohólico y, para mantener su adicción, en ocasiones vendía droga a los extranjeros que veía en la plaza del pueblo. Llevó a Clara a vivir con su familia en otro pueblo.

Clara y José tuvieron una hija con síndrome de Down. Nadie les explicó con claridad en qué consistía eso. Cuando conocí a Clara, su hija ya tenía cuatro años, presentaba diversos problemas en su desarrollo psicomotor y padecía desnutrición. Había perdido contacto con su familia. José tuvo un accidente y quedó con hemiplejía, que le impide trabajar.

Clara se convirtió en doble cuidadora, de su hija y su pareja, pero también tuvo que trabajar. Sus ingresos eran reducidos, apenas le alcanzaba para lo básico. Clara vivía muy enojada con su pareja, se sentía amarrada y frustrada; sobre todo, se sentía engañada y utilizada.

2.7. Caso 11. Morir de hambre

Historia clínica

1. Datos de identificación

Se trata de una paciente de sexo femenino de 62 años. Originaria de Michoacán, vive desde hace casi 14 años en una colonia popular del norte de la Ciudad de México, a la que llegó después de

vivir por casi ocho años en San Juan del Río, Querétaro. Se asentó en un terreno irregular y ella fue construyendo su casa poco a poco en la parte superior de un pequeño cerro. Su familia era católica de condición humilde.

2. Motivo de atención

Un sobrino lejano de la paciente solicitó que se le atendiera porque observa que nadie la cuidaba. Informa que su tía tiene años sin poder moverse, no habla ni responde a los llamados de los demás.

3. Padecimiento actual

Se carece de información definida. Ningún miembro de la familia aportó datos de utilidad. Mencionaron que hace muchos años la señora dijo que se sentía muy cansada, la llevaron al doctor y les dijo que era necesario proporcionarle vitaminas y alimentarla bien. Le mandó a hacer varios estudios, pero nunca los realizaron. De forma repentina, la señora se quedó sin movimiento y sin habla. Al llegar a consulta en el hogar se le encontró en cama, en malas condiciones de aliño y limpieza, con infección bucal sublingual de aspecto similar al algodón y úlceras por presión en codos, talones, caderas y glúteos. Una vecina la bañaba y le ayudaba a sentarse y le hacía ligeros movimientos en extremidades.

4. Motivo de estudio

Se solicita intervención médica y psicológica para atender las lesiones, y orientación familiar por problemas de abandono y alcoholismo del hijo menor y el esposo.

5. Historia familiar

Se desconocen antecedentes familiares de origen. La paciente tiene un hijo de 32 años, soltero, que vive con ella, no tiene trabajo y es alcohólico. No se relaciona con nadie, es irritable y agresivo con los extraños y los vecinos. En lo poco que se pudo hablar con él, dijo que no había motivo para atender a su madre, que nadie la había podido curar, que en parte todos eran culpables de lo que pasó y él también se sentía así.

En una de las visitas realizadas se supo que hubo un par de ocasiones que el esposo y el hijo discutían estando alcoholizados, incluso llegaron a dispararse mutuamente sin llegar a herirse uno a otro, pero tenían a la paciente en medio de su discusión. El impacto de las balas se podía observar en las paredes del interior de la casa. En una ocasión fue necesario buscar al hijo mientras los médicos del equipo atendían a la paciente. Se le localizó en un burdel en una zona perdida en el cerro donde vivían, al querer hablar con él respondió “¡Dígame doctor...dígame la verdad...¿ustedes van a poder curar a mi madre!. No lo creo... ustedes no pueden hacer nada, mejor lárguese se aquí y déjenos en paz. No venga a molestarnos”.

6. Exploración física

En el momento de la exploración la paciente pesaba 33 kg. Sus signos vitales eran normales. Presenta abdomen ligeramente abultado, sin indicadores de dolor u otras respuestas. En miembros superiores hay disminución de la movilidad y extensión casi sin fuerza, con llagas superficiales en las caras interiores de los codos. Presenta llagas en cadera, glúteos y talones, con exposición de

hueso y supuración. En exploración neurológica se observa marcha y estación de pies imposibles por sí misma, no responde voluntariamente a la presión, hay reflejos oculares pero ninguna reacción identificable a estímulos externos.

7. Examen mental

No hay respuesta verbal, tiene reflejos disminuidos. Se observa que al verla de frente, sostenerle la cara, verle a los ojos y hablarle por su nombre hay respuesta de temor y ansiedad. No hay sonrisas ni expresiones de afecto.

8. Tratamiento iniciado

Se arregló la habitación, se cambió de dieta cotidiana a dieta blanda y abundante en líquidos. Se inició limpieza de las llagas con soluciones fisiológicas y pomadas homeopáticas, junto con medicamento en gotas. Se hicieron visitas para sacarla con regularidad al patio de su casa en la tarde y en la noche. Se recuperó de la pérdida de peso y empezaron a presentarse leves respuestas voluntarias a voces y sonidos con expresiones básicas de afecto. Durante las sesiones de tratamiento le gustaba que se le acompañara tomada de los brazos y se le llevara a la reja de su casa; desde ahí podía ver la ciudad de México iluminada en la noche, pero seguía sin hablar. Su hijo y su marido la cambiaron de casa, llevándola a otro estado, y solicitaron que se les dejara en paz. La paciente murió por abandono y hambre.

2.8. Caso 12. Joven migrante con golpe en la cabeza

José, de 16 años, salió de Guatemala con sus padres y un hermano menor. La familia relata que durante el viaje por el sur de México (Chiapas-Oaxaca), José se cayó de un burro y se golpeó en la cabeza. Estuvo dos días como dormido y al tercero despertó, pero hablaba muy raro. No se acordaba de cosas, pero sí conocía a las personas. Caminaba de lado y ya no podía ayudar a cargar las cosas para el camino.

Mantén control de esfínteres y se alimentaba solo, pero carecía de otras habilidades motoras para participar en actividades del hospital. Después de tres meses, sus padres regresaron por él, pero al ver que no estaba del todo recuperado avisaron que lo dejarían ahí y que regresarían, pero no lo hicieron. Se perdió todo contacto con ellos.

2.9. Caso 13. Encuentro con la confusión y el aislamiento

CHS, mujer de 74 años, viuda y sin estudios, católica, originaria de un poblado del estado de Jalisco. Vive en una casa de protección social pública y como familiares cercanos sólo reporta a sus hijas. Es de estatura mediana, complexión delgada, cabello corto cano y escaso, tez morena clara. Tiene marcas de nicotina en los dedos índice y anular de la mano derecha debido al consumo de tabaco durante 30 años aproximadamente.

Vino a consulta porque fue referida por la directora de la casa, quien mencionó que era necesaria una evaluación urgente, porque CHS presentaba algunos rasgos de demencia.

Se le dificulta caminar. Se desplaza mediante la ayuda de una silla de ruedas. Manifiesta cansancio y mareos constantes. Su apariencia no corresponde con su edad cronológica, se observa deterioro cognitivo. En las primeras entrevistas traía puesta la misma ropa y su apariencia era desaliñada. A partir de que le fue comisionada a dos personas para su cuidado su aseo personal mejoró, se alimentaba sin ayuda. Durante todas las entrevistas se mostró indiferente, no expresaba ninguna emoción o interés. Al hablar de sus relaciones familiares, no contestaba ni asentía con la cabeza, que era lo más frecuente durante las entrevistas.

CHS reporta levantarse alrededor de las 7:30 de la mañana. Cerca de las 8 de la mañana toma su desayuno. Después se recuesta, en sus palabras: “ando por ahí, pues ni me dejan hacer nada”. Espera acostada o dormida que llegue la hora de la comida, se acuesta. Sale un momento al patio a fumar o “a tomar el sol”. Merienda y se acuesta a dormir. Menciona que los fines de semana o días festivos “son iguales a todos los demás días”.

Sobre su familia mencionó: “mi papá se llamaba Juan Z, trabajaba en el campo, no era enojón, era alto. Mi mamá, Fermina Z, cocinaba, era bajita. Los dos eran mandones.”

Sobre sus hermanos, menciona: “casi con ninguno me llevaba bien, no me expresan ningún sentimiento”. Respecto a cómo era la relación con toda su familia, menciona: “no hablábamos entre nosotros, sólo cuando teníamos que hacer un mandado”.

Reporta su estado de salud como malo. Padece hipertensión arterial —dice sentir “punzadas

en el corazón”—, vértigo, anemia y estreñimiento. Menciona dolor constante en ambas piernas. Ha tenido algunas caídas sin secuelas graves, según reporta. Se automedicaba para este tipo de dolores. Mencionó tener flujo vaginal de color amarillo y con mal olor. Tiempo después supe que el resultado de su prueba de VIH había sido positivo. Menciona que duerme muy bien, que come todo lo que le dan en la casa en los horarios programados. En la casa sigue una dieta para personas adultas mayores, pero en ocasiones toma refresco de cola o alimentos que no fueron programados, como quesadillas, frituras y dulces. CHS fumó durante 30 años. Dejó de hacerlo cuando su salud se empezó a deteriorarse. También consumió alcohol por casi 30 años: 12 tragos diarios de bebidas como tequila, brandy o cerveza.

Presenta signos de deterioro cognitivo y los mareos frecuentes le impiden desplazarse con facilidad y necesitaba apoyarse en las paredes.

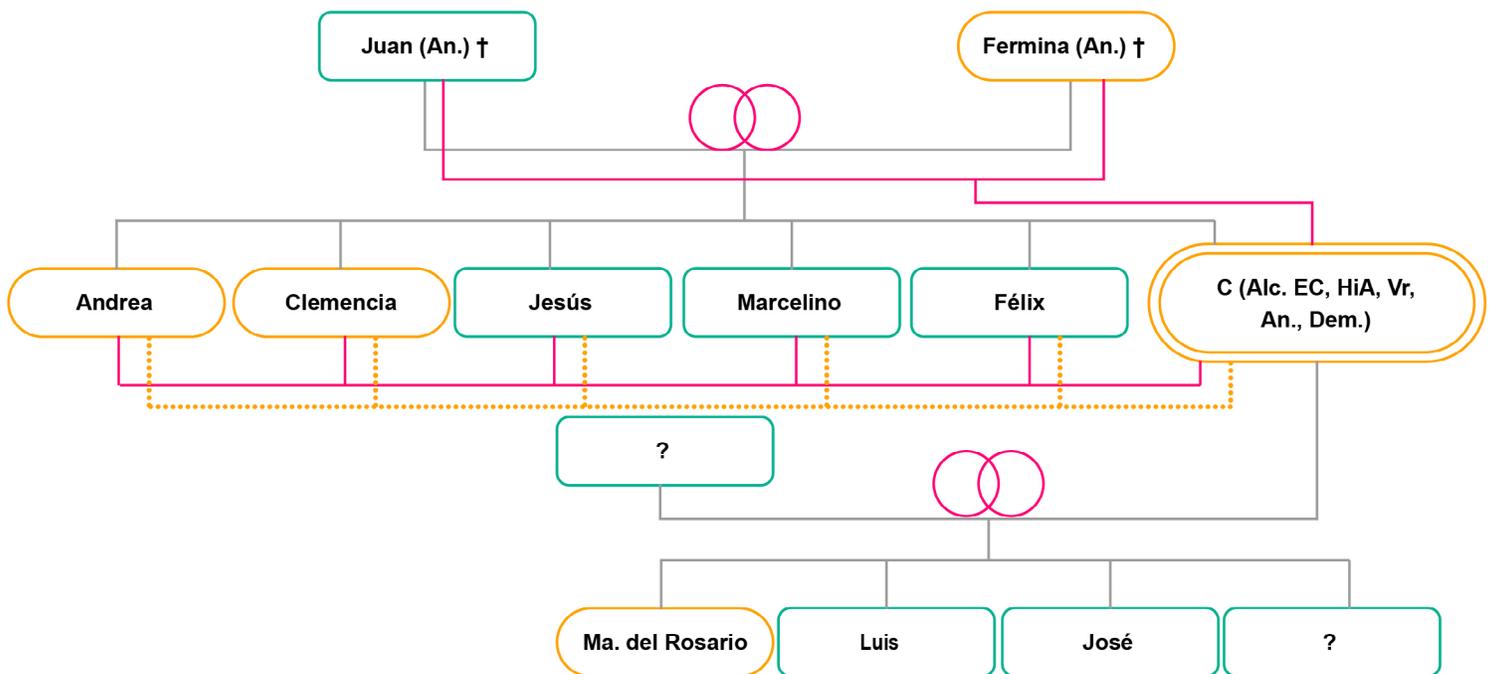
CHS no menciona los hechos en una secuencia lógica de tiempo, salta de una edad a otra. Menciona que “a los 14 años trabajaba de nana”, dice que fue su primer trabajo. Luego dice: “a los 30 años fue mi primer trabajo y trabajaba haciendo el aseo”. Después retoma y dice: “yo siempre fui nana, empecé a los 22 años, luego mi mamá me sacó de trabajar”. Esto se repitió varias ocasiones. Dice que percibía un sueldo de 70 a 80 pesos en cualquiera de los empleos que mencionó.

No aporta muchos datos sobre su juventud, solo menciona aspectos como: “a los 14 años andaba de novia, pero no me gustaba, me gustaba más andar con mis amigas”, “ya de grande me iba a tomar por ahí con mis amigas”. Dice que admiraba a Pedro Infante “porque estaba guapo, actuaba bien, cantaba bonito”.

Sobre el inicio de su vida sexual, no contesta. Comenta que se casó a los 15 años y que tuvo a su primer hijo a los 16. Supongo que su vida sexual comenzó después de casarse. Al preguntarle si ejerció la prostitución, respondió: “yo no fui prostituta, yo siempre trabajé de nana”, “sí tomaba, pero no me iba de puta”. Afirma que nunca fue prostituta, pero otras residentes de la casa dicen que uno de sus hijos se enteró y por eso la corrió de su casa.

Las entrevistas tuvieron una duración breve, porque cada vez el estado de salud y el ánimo de CHS estaban más deteriorados. Cuando la conocí hablaba poco, pero tomaba la iniciativa. En las últimas ocasiones sólo asentía con la cabeza cuando se le decía cualquier cosa y dormía más que antes. Dejó de caminar, comenzó a utilizar una silla de ruedas y fue necesario que alguien se hiciera cargo de ella. Estuvo internada en varias ocasiones. En su casa dejó de participar en las actividades, pasaba el día en su habitación, durmiendo. Se le diagnosticó VIH y después de algunos meses de tratamiento falleció. Aun cuando su salud era cada vez más frágil, se negaba a dar datos precisos sobre algún familiar que se pudiera contactar.

Organización y estructura familiar (famiolograma por generación, eventos y enfermedades)



Nota: En el caso de C no se tienen muchos datos para tener un famiolograma más preciso pues en el momento de hacer la entrevista no proporcionó algunos datos, ya sea por omisión u olvido, por ejemplo el nombre de su esposo, además mencionó que tenía 4 hijos pero de uno de ellos no mencionó el nombre únicamente el género. Dijo que vivió con uno de sus hijos y que por una relación negativa entre ellos C salió de esa casa, pero no especificó con cual de sus hijos se dio esta relación, ni la duración de la misma, por lo tanto la unión correspondiente no aparece. Idealmente el orden de nacimientos debería estar presentado en orden cronológico, en este caso esto no fue posible, el orden en el que se les coloca fue el que la entrevistada iba proporcionando.

Simbología



Enfermedades:

Alc.: Alcoholismo **HiA:** Hipertensión Arterial **Nm:** Neumonía **An.:** Anemia
Dem.: Demencia **Vr:** Vértigo

2.10. Caso 14. Migrante chileno afectado por desastre y dañado por la dictadura

Víctor, chileno de 35 años, sobrevivió a la dictadura de Pinocheta a finales de la década de 1980. Llegó a México con la esperanza de viajar a Francia. Logró salir de Chile para viajar a Canadá. No tenía documentos oficiales. Se había formado en terapia física. Estuvo preso casi dos años y fue torturado con choques eléctricos en los genitales, que lo dejaron estéril y con una ligera lesión en rodillas. Diversas asociaciones civiles de Canadá le ayudaron a llegar a México y a tramitar documentos oficiales para regularizar su estatus migratorio. Llegó a trabajar a un centro comunitario para la atención de la discapacidad en las costas de Oaxaca.

Con el desastre del huracán Gilberto, uno de los más destructivos en esa zona, Víctor perdió todo lo que había logrado consolidar. Durante casi cinco días se sintió perdido y llegó a decir: “hay veces que siento que he dejado de existir y eso me da mucho miedo”. Se quedó sin documentos y sin propiedades de ningún tipo. Con la ayuda de organizaciones sociales logró conseguir duplicados de documentos de identificación y pudo tramitar pasaporte y visa. Logró trabajar tiempo extra y pudo irse a Francia con una compañera que conoció en el centro.

2.11. Caso 15. Brote de covid-19 en albergue de migrantes; 16 contagios en Ciudad Juárez

Al menos 16 migrantes originarios de Centroamérica, Cuba y Camerún dieron positivo a la prueba de covid-19 en un albergue en Tamaulipas. De acuerdo con los reportes, 14 se contagiaron en un albergue en Nuevo Laredo, al que ingresó otro de ellos tras ser deportado de Houston, Texas, sin saber que era portador del virus. De los casos confirmados en el albergue, 13 son hombres y dos son mujeres. Todas las personas están aisladas en el mismo centro.

Se confirmó el caso de un joven de 21 años, originario de Michoacán con residencia en Querétaro, repatriado por la frontera de Reynosa el 17 de abril, procedente de Atlanta, Georgia. El contagio fue identificado en primera instancia en el filtro de Sanidad Internacional en el puente de Reynosa-Hidalgo, donde se activó de inmediato el protocolo establecido ante los casos sospechosos.

El gobierno de Tamaulipas afirmó que ya se hicieron pruebas a otros 42 migrantes y personal de atención que se encontraba en el albergue de Nuevo Laredo para comprobar o descartar más contagios.

2.12. Caso 16. Entrevista a migrante en primera caravana, 2020

Blanca es una mujer migrante de 27 años. Vivía en Santa Rosa, Honduras, con su madre, su hijo de cinco años y un hermano menor que ella, y trabajaba en una oficina de gobierno. Se dio cuenta de que los sueldos en esas oficinas eran muy bajos y de que las mujeres sufrían acoso sexual. Dijo que muchas veces los jefes no quieren a las mujeres sólo para trabajar, sino que las buscan por otras cosas.

En las noticias se enteró de que se estaba organizando otra caravana, la primera de 2020, hacia Estados Unidos. Supo que algunos de sus amigos irían en ella y pensó que se podría unir a ese grupo, con la intención de mejorar sus condiciones de vida. Hizo trabajos complementarios para conseguir dinero. Logró cruzar de Honduras a Guatemala, pero al llegar a la frontera con México se les impidió continuar. El grupo empezó a dispersarse y varias personas decidieron seguir por su cuenta. Algunos decidieron regresar, entre ellos Blanca. Al preguntarle la razón de su retorno comentó que era difícil seguir en las condiciones en las que estaba. Dijo que Guatemala les atendió y apoyó con comida, agua y cobijo temporal. También se acordaba de su hijo y se daba cuenta de que no estaría mejor si ella le faltaba. Lo había dejado con su hermano, pero él no siempre lo podía atender porque tenía sus propios problemas. Su madre es una persona mayor y no vería a su hijo con todo el cuidado que ella le daría.

Considera que intentará otra vez llegar a Estados Unidos, pero en otras condiciones. Con la pandemia y las restricciones las cosas se complican más. Espera no enfermarse. Los lugares donde

se alojaban para pasar la noche o resguardarse de las lluvias no permitían mantener una sana distancia. Varias personas dormían muy juntas y no había condiciones para el lavado de manos y la mejor higiene personal. A pesar de las visitas del personal de salud, los migrantes no dejan de sentir temor al contagio. Reconoce que había gente que no creía en la covid-19 y por eso no se cuidaban ni cuidaban la salud de los demás. Espera regresar a su trabajo y buscar un momento mejor para salir.

Sección III

Programas y procedimientos para la atención de la salud mental

3.1 Justificación

El secretario general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Antonio Guterres (2020), ha recomendado a los gobiernos de los países la atención a la salud mental de toda la población, sobre todo por el impacto de la pandemia de covid-19 y sus posibles secuelas. Esta propuesta requiere conformar equipos de trabajo y capacitar a los profesionales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) presentó un plan de acción integral, elaborado mediante consultas con los Estados Miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales, desarrollado con un enfoque integral y multisectorial, cuyo objetivo es coordinar los servicios de los sectores sanitario y social. Este proyecto vigila la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la atención y la recuperación como planteamientos para el desarrollo de programas más amplios.

En esta sección se presentan programas de salud mental que pueden servir de modelo para desarrollar programas propios. Se retoman los modelos de programas de México, con la Secretaría de Salud (2012); Colombia, con el Ministerio de Salud y Protección Social (2005), y Perú, con el Plan

Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria (Ministerio de Salud, 2018).

En estos lugares se desarrollan programas según sus recursos y posibilidades. En general, su organización es similar y comparten acercamientos, pero no siempre son conocidos por los profesionales de la salud, a pesar de que ellos podrían impulsar los programas.

Se recomienda que los profesionales de la salud que lleven a cabo estos programas cuenten con formación en psicoterapia, y si es posible, que tengan un grupo de supervisión y apoyo.

En esta sección se revisarán los programas y se propone tener sesiones de discusión sobre sus alcances y posibilidades reales, según las condiciones del lugar de origen de los participantes. Se podrá notar que en casi todos los programas predomina una visión más variada, a diferencia de la información de las secciones anteriores. La razón es que también se considera que el personal de salud se apoye en un programa y que los programas propuestos no se reduzcan a la atención individual.

Los programas se presentan como ejemplos. Si se consideran adecuados se deberán hacer los ajustes necesarios. La idea central es que el personal de enfermería, trabajo social o medicina pueda brindar la orientación psicológica en la que se ha formado, aunque puede apoyarse en profesionales de psicología si cuenta con este servicio. En los cuadros se desarrollan generalidades recomendadas que pueden ajustarse a las condiciones del servicio en el que colabora el lector o lectora.

Los procedimientos que se presentan son de elaboración propia, consideran las pautas de los programas y servicios de otros países, y respetan el formato con el que se trabaja en la Secretaría de

Salud de México. Es importante que el personal de salud, que tenga la posibilidad de poner en práctica lo que se propone en este manual, comprenda el trabajo desde un enfoque de principios y procesos de la salud mental, más que con el objetivo de aprender técnicas.

3.2. Procedimiento para la atención a la salud mental en comunidades

Propósito

Promover una relación dinámica y positiva, entre la persona migrante y la comunidad a la que llega, con base en el aprendizaje y la identificación de los frentes de entrada en los diferentes espacios de la comunidad, por medio de la localización de algún servicio de salud mental que le oriente y le permita resolver las alteraciones emocionales o afecciones personales y emocionales.

Alcance

El alcance estará en función de la cobertura del servicio de salud que brinda atención a migrantes.

Propuestas de aplicabilidad de los procedimientos del manual

El responsable del programa organizará a los colaboradores, y personas de la comunidad interesa-

das en la propuesta, para impulsar la vinculación entre los pobladores y las personas migrantes que requieran atención a su salud mental.

Glosario

Acompañamiento. Recorrido por la comunidad que el personal de salud hace con la persona migrante.

Frente de entrada. Punto de referencia comunitario en el que se reúnen con libertad grupos sociales y personas vinculada a la comunidad, pueden ser tiendas, parques, templos, clínicas, bares o centros comerciales.

Servicio de salud mental. Espacio en los centros de salud en el que se brinda orientación y atención a problemas de salud mental.

Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Área responsable
1. Identificación del posible paciente migrante	Identificar al posible paciente e invitarlo a recibir apoyo. Mostrarle posibilidades de apoyo.	Organizar parejas o equipos de personal de salud para recorrer la comunidad cercana al centro de salud.	Enfermería Trabajo social
2. Entrega de información y plan de actividades	Entregar folletos y material informativo.	Se promueve la información y la discusión de los posibles apoyos.	Trabajo social Enfermería Psicología
3. Inicio de actividades de apoyo	Contactar a la persona y enseñarle los frentes de entrada de la comunidad y grupos de apoyo a la salud mental.	Reunirse con la persona migrante y personas de la comunidad para explicar los posibles frentes de entrada, cómo localizarlos, qué podría encontrar en ellos (alojamiento, alimento, actividad laboral temporal u otro) y cómo obtenerlo.	Trabajo social Enfermería Psicología
4. Visita de acompañamiento	Visitar la comunidad con la persona migrante.	El personal de salud participante se reúne con la persona migrante y juntos recorren la comunidad. Se explican las condiciones de los frentes de entrada. Después se define qué es necesario hacer y la persona migrante toma decisiones. Se recomienda que durante el recorrido se comenten las condiciones psicológicas en las que la persona migrante podría encontrarse, como reacciones defensivas, riesgos de presión social y otras.	Trabajo social Enfermería

3.3. Procedimiento de orientación para la atención a la salud mental de primer contacto y subsecuente

Propósito

Brindar orientación humana, oportuna y realista a los migrantes de consulta de primer contacto del Servicio de Salud Mental, para resolver las alteraciones emocionales o afecciones psiquiátricas cuando acudan a buscar atención en servicios de consulta de primer nivel.

Alcance

Este procedimiento aplica al servicio de consulta externa, salud mental, primer nivel de atención y los servicios interconsultantes.

Propuestas de aplicabilidad de los procedimientos del manual

El profesional de la salud tiene la responsabilidad de brindar orientación psicológica para el desarrollo de la salud mental, a las personas migrantes que acudan al centro de salud y lo soliciten, en especial en la consulta externa. Debe considerar orientación en asertividad, dinámica familiar, ideas irracionales u otros aspectos que se puedan tratar en poco tiempo.

Glosario

Psiquiatría. Rama de la medicina que se encarga de la atención de las enfermedades mentales.

Psicología. Ciencia que investiga el comportamiento, las alteraciones mentales y conductuales, e interviene con técnicas específicas generadas en la investigación clínica y experimental, fundamentadas en la evidencia de la investigación científica.

Modelo terapéutico. Conjunto de elementos conceptuales y técnicos que orientan para brindar atención a la salud de los pacientes.

Modelo psicoterapéutico. Conjunto de elementos conceptuales y técnicos, con diferentes enfoques teóricos de la psicoterapia, que orientan para atención a la salud mental a partir de la evidencia científica.

Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Área responsable
1. Identificación del migrante con necesidad de orientación	En un recorrido por el centro de salud, se identifica a personas migrantes que requieran orientación y se les invita a recibir el apoyo que se ofrece.	Dada la dinámica del centro de salud el personal colaborador hace un recorrido preguntando a los consultantes si hay migrantes que requieran apoyo u orientación. El personal cita al migrante en el espacio de consulta y le explica las situaciones concretas por las que podría requerir apoyo psicológico.	Personal de enfermería Trabajo social Personal médico
2. Consulta médica/psiquiátrica	Si se requiere tratamiento con fármacos, se informa sobre condiciones de trabajo.	Se explica a la persona migrante en qué consiste el problema que se le presenta y se le dan opciones de orientación psicológica. Si es necesario, se explica que hay afecciones o problemas de salud mental que no se pueden atender con medicamento, sino con una revisión de estilos de comportamiento y experiencias de vida.	Personal de enfermería Trabajo social
3. Sesión de orientación	Se invita a la persona migrante a la sesión de orientación. Se especifica lugar y hora.	La sesión de se puede ser individual, en familia o en grupos pequeños, con una duración de 40 a 90 minutos, aunque se puede extender. Al comenzar, se pregunta si hay preocupaciones o inquietudes particulares en ese momento y se comentan brevemente. Se explica el procedimiento general de trabajo.	Enfermería Trabajo social
4. Indicaciones de estudios, técnicas y pruebas psicológicas	Se indica si se solicitan pruebas psicológicas al paciente. Se explica en qué consisten las técnicas con las que se puede trabajar.	Se explica brevemente qué son las ideas irracionales, sus efectos y cómo identificarlas. Se comentan los tipos de relaciones familiares y cómo pueden afectar el bienestar de las personas. Se presentan los derechos asertivos que puede ejercer. Si el tiempo lo permite, se exponen las habilidades asertivas básicas.	Médico de consulta externa Enfermería Trabajo social
5. Información al migrante como paciente	Se explica al paciente la condición que le afecta la salud mental. Se orienta, propone y recomiendan opciones de atención que el paciente puede solicitar o recibir. Si es necesario, se explican a la persona migrante los modelos terapéuticos.	Se presentan videos cortos que pueden verse en internet, de no más de 10 minutos, que ejemplifican situaciones comprometedoras y se comentan posibles formas de proceder. Con base en las opciones reales, se pide a la persona migrante que comente los temas que se trataron. Se define si es necesario que regrese a otra sesión o no. Si se determina que debe regresar, se le invita a llevar a un acompañante. De lo contrario se deja cita abierta.	Médico de consulta externa y primer nivel Personal de enfermería con especialización en enfermería psiquiátrica Trabajo social con formación en psicoterapia

3.4. Procedimiento para brindar atención al paciente agresivo o violento

Propósito

Proporcionar atención oportuna a la salud mental en la consulta externa para mejorar, controlar o aliviar los síntomas emocionales, psiquiátricos o psicosomáticos relacionados con la agresión o violencia.

Alcance

Este procedimiento se aplica a los servicios de consulta externa y salud mental.

Propuestas de aplicabilidad de los procedimientos para la atención del paciente agresivo

La captación de un paciente migrante violento o sus familiares deberá ser respetuosa, cordial y tolerante. La intervención terapéutica, sea farmacológica o psicoterapéutica, deberá ser oportuna por parte del personal médico y psiquiátrico.

La explicación del personal médico al paciente deberá ser clara y sencilla, en compañía de un profesional de la psicología. Los pacientes menores de edad deberán ir acompañados por un responsable mayor de 18 años.

Glosario

Psiquiatría. Rama de la medicina que se ocupa del estudio, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales.

Psicología. Ciencia que estudia los procesos psíquicos y el comportamiento del ser humano, y las alternativas de tratamiento no farmacológicas.

Evaluación. Revisión detallada y sistemática que realiza el psiquiatra para obtener el conocimiento general de la personalidad y comportamiento. Es posterior a la valoración.

Agresión. Forma de comportamiento natural del organismo, que se expresa como una forma de protección de la vida como defensa o satisfacción alimentaria.

Violencia. Es una forma de comportamiento aprendido con fines de dominio o reclamo en el que generalmente se busca del control de personas o situaciones.

Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Área responsable
1. Recepción del paciente y detección de agresión	Recibir al paciente, detectar agresión u otras formas de violencia. Solicitar ayuda a los familiares e informar al personal de seguridad.	Identificar la forma en la que se expresa la agresión, diferenciar si se observa algún grado de intoxicación o es una reacción de crisis personal. Averiguar qué desencadenó este comportamiento agresivo y en qué otros momentos se ha comportado de forma agresiva. En caso de observar intoxicación, solicitar apoyo del médico. Si es crisis personal, dejar a la persona acompañada de un profesional de salud, bajo observación de personal de seguridad. Guardar silencio un momento e invitarlo a compartir lo que le afecta.	Médico del servicio
2. Solicitud del personal de salud para apoyo y de seguridad	Si el paciente continúa agresivo, solicitar la intervención del personal correspondiente para contenerlo e intentar calmarlo. Informar al servicio de salud mental. Averigua el motivo de la agresividad.	Retirar todos los objetos de riesgo para la persona y quienes la acompañan. De acuerdo con las actitudes básicas de cambio, el personal de salud le habla a la persona migrante para calmarla. Hay que recordar que por el estado emocional la racionalidad se ha desbordado. Invitar al paciente a tomar un tiempo y considerar lo que pueda decidir respecto a sus prioridades según sus condiciones como migrante.	Médico del servicio Enfermería Trabajo social
3. Sedación del paciente y observación clínica	Si la agresión continúa, sedar al paciente con tranquilizantes incluidos en el cuadro básico institucional. Es importante considerar las observaciones del servicio de salud mental para especificar las dosis. Observar clínicamente los cambios de la agresión del paciente.	Administrar un medicamento pertinente a criterio del médico en turno. Identificar las posibles redes de apoyo con las que pudiera contar el paciente migrante y solicitar su colaboración mientras se le proporciona información.	Médico del servicio
4. Vigilancia del paciente y solicitud de interconsulta	El paciente continúa vigilado estrechamente por familiares y personal de seguridad. Solicitar la interconsulta del personal del servicio de salud mental.	Solicitar al familiar o voluntario migrante que apoye en vigilar al paciente migrante. Proporcionar información de las posibles circunstancias que generan agresividad en la condición de migración. Dentro de la información que se les proporciona se incluye comentar la irracionalidad de algunas ideas, la falta de asertividad y diversas reacciones defensivas como mecanismos psicológicos de defensa.	Enfermería Trabajo social
5. Interrogatorio y diagnóstico integral del paciente	Recibir al paciente y hacer el interrogatorio indirecto para hacer el diagnóstico integral del proceso agresivo y decidir continuar con el tratamiento. Si la agresión disminuye, el paciente migrante permanece internado y el servicio de psiquiatría es responsable de valorar con regularidad su estado mental y mantener al equipo médico asesorado e informado en la nota clínica.	Se brinda la información de atención que se recomienda, en el tiempo que le sea posible. En este punto se recomienda retomar las condiciones familiares y se orienta acerca de cómo proceder ante ellas.	Médico psiquiatra Trabajo social
6. Seguimiento del paciente	Si es posible, citar al paciente migrante como externo para continuar su tratamiento.	Proporcionar al paciente migrante recomendaciones sobre las habilidades psicosociales que tiene. Darle la oportunidad de regresar a consulta.	Médico psiquiatra.

3.5. Procedimientos para intervenciones psicoterapéuticas de apoyo o soporte emocional

Propósito

Proporcionar elementos que sirvan de guía a los pacientes migrantes que requieren consulta de psiquiatría. Incluye prevención, diagnóstico y tratamiento para mejorar la atención médica y lograr la satisfacción del paciente migrante que requiere los servicios.

Alcance

Este procedimiento es aplicable en los servicios de consulta externa y centros de atención de primer nivel.

Propuestas para el desarrollo de orientación psicológica a pacientes migrantes.

Todas las actividades que impliquen relaciones interpersonales se basarán en el reconocimiento de la cultura y origen de la persona migrante.

Las propuestas planteadas deberán considerar la integración de la información de conceptos y estrategias de apoyo emocional y orientación psicológica, incluyendo habilidades asertivas, reconocimiento de ideas racionales e irracionales, tipología familiar, riesgo de desamparo aprendido

y reconocimiento de síndromes que pueden afectar a personas migrantes, como el síndrome de resignación o el de desamparo aprendido.

Al concluir las sesiones debe procurarse hacer anclajes o afirmaciones positivas para el paciente migrante, que le reorienten en su forma de actuar.

En lo posible, se sugiere que el paciente migrante vaya acompañado de una persona de su confianza, a la que le pedirá apoyo, con las recomendaciones y observaciones respecto a los riesgos y presiones que pueden sufrir las personas migrantes, porque son aspectos de los que se les habla poco.

Glosario

Psiquiatría. Rama de la medicina que se ocupa del estudio, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales.

Psicología. Ciencia que estudia los procesos psíquicos y el comportamiento del ser humano, y las alternativas de tratamiento no farmacológicas.

Modelo terapéutico. Estrategia utilizada en el tratamiento de los padecimientos mentales.

Evaluación. Revisión detallada y sistemática que realiza el psiquiatra para obtener el conocimiento general de la personalidad y comportamiento. Es posterior a la valoración.

Anclaje. Expresión emocional positiva con la cual la persona migrante termina la sesión de orientación.

Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Área responsable
1. Recepción del paciente migrante y verificación de tipo de atención	Recibir al paciente, verificar que asiste a tratamiento de apoyo u orientación psicológica.	Explicar a la persona la forma de trabajo y el tipo de atención que se brinda a personas migrantes.	Trabajo social Enfermería Psicología Psiquiatría Psicoterapia
2. Registro de datos básicos en bitácora de trabajo en apoyo psicológico	Hacer entrevista de apertura y encuadre de la sesión. Realizar la sesión psicoterapéutica o de apoyo psicológico.	<p>Recibir al paciente migrante e iniciar la sesión de trabajo, en la que se expondrán los riesgos de salud mental que pueden afectar a personas migrantes.</p> <p>Invitar al paciente a comentar las dificultades que puede tener por hábitos y costumbres en una cultura diferente. Explicar en qué consisten los síndromes de resignación y desamparo aprendido, y cómo afectan a personas en condición de migración.</p> <p>Explicar y exponer en qué consisten algunas técnicas de apoyo psicológico, como la asertividad, y el esquema básico de la salud.</p> <p>Si el tiempo lo permite, aplicar algunas estrategias de juego de roles y modelamiento de conducta.</p> <p>Concluir la sesión con una revisión de los recursos psicológicos de la persona migrante y cómo desarrollarlos e incluir la formación de redes sociales de apoyo.</p> <p>Cerrar la sesión con un reconocimiento de anclajes positivos por parte de la persona migrante.</p>	Trabajo social Enfermería Psicología Psiquiatría Psicoterapia
3. Registro de la sesión y nota en bitácora	Al terminar la sesión, registrar en la bitácora el trabajo psicoterapéutico o sesión de apoyo realizados.	Cerrar la sesión e invitar al paciente a regresar.	Psicología Psiquiatría Psicoterapia

3.6. Procedimiento para la atención psicológica del paciente externo migrante

Propósito

Brindar asistencia psicológica con calidad y calidez a los pacientes externos desde una perspectiva de prevención, con la finalidad de establecer el tratamiento y seguimiento del padecimiento en las enfermedades crónico-degenerativas.

Alcance

Este procedimiento recae principalmente en el servicio de psicología y salud mental, pero incluye a todo el personal de salud interesado en apoyar al área de la salud mental, con respeto a las funciones profesionales de cada elemento del personal de salud.

Propuestas de operación y desarrollo

El personal de psicología, psiquiatría o trabajo social será responsable de la calidad de atención de la consulta proporcionada al paciente externo, de proporcionar la orientación psicológica y de integrar la información clínica y la notificación de psicodiagnóstico cuando sea pertinente.

El personal de salud buscará que la persona migrante reconozca posibles complicaciones por padecimientos de salud mental, y problemas de salud crónico-degenerativos.

Glosario

Psicología. Ciencia que estudia las alteraciones emocionales y conductuales, además de efectuar intervenciones con técnicas específicas.

Psicometría. Ciencia de la medición. Se refiere al aspecto cuantitativo del funcionamiento y la capacidad mental, así como a sus manifestaciones cognitivas-conductuales.

Estrategia. Habilidad para dirigir un asunto o conjunto de acciones para lograr el objetivo deseado.

Evaluación. Revisión detallada y sistemática que realiza el psiquiatra para obtener el conocimiento general de la personalidad y comportamiento. Es posterior a la valoración.

Estudio psicológico. Aplicación de un conjunto de técnicas y prueba para observar, detectar y valorar el funcionamiento global del individuo, considerando sus formas características de respuesta a las situaciones que se le muestran.

Deterioro. Cambio cualitativo dentro de un núcleo social.

Psicoterapia. Método de tratamiento de los padecimientos psíquicos, afectivos y del comportamiento en el que un especialista establece una relación profesional con el paciente y por medio de la comunicación verbal y no verbal intenta: a) remover, modificar o retardar síntomas inexistentes; b) mediatizar patrones alterados del comportamiento, y c) promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

Psicodiagnóstico. Método para la medición de dimensiones psicológicas importantes. Se utiliza para la determinación cuantitativa y cualitativa del grado relativo de características individuales.

Paciente externo. Persona enferma que acude al hospital para tratamiento de manera ambulatoria, no hospitalizada.

Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Área responsable
1. Valoración del paciente y canalización	Valorar al paciente y canalizarlo al servicio correspondiente de salud mental, coordinación de psicología o consulta externa.	Contactar a la persona migrante con posibilidades de recibir orientación psicológica, considerar una valoración inicial.	Psiquiatría Psicología
2. Recepción del paciente y solicitud documental	Recibir al paciente, saludar y solicitar la información necesaria para iniciar la atención requerida. Entablar una breve charla, empática y sensibilizadora.	La valoración inicial puede hacerse mediante entrevista y escalas de evaluación, con la aplicación de una batería de pruebas psicológicas, si hay posibilidad. La entrevista inicial puede ser semidirigida, actuando desde las actitudes básicas del cambio. En la evaluación se consideran las habilidades asertivas, la irracionalidad de las ideas y la estructura y dinámica de su familia.	Psiquiatría Psicología
3. Revisión de posible diagnóstico	Revisar el motivo y el diagnóstico por el cual llega al servicio.	Definir la naturaleza del problema que afecta a la persona migrante. Deberán considerarse las condiciones psicosociales antes que un diagnóstico psiquiátrico. A partir de los puntos de referencia que se obtengan en la evaluación, desarrollar las estrategias de orientación psicológica que le permitan a la persona migrante ponderar su situación y reconocer riesgos que puedan prevenirse. Entre los riesgos, se recomienda revisar los síndromes de desamparo aprendido y resignación. Se cierra la sesión propiciando que la persona reconozca sus recursos y logros.	Psiquiatría Psicología
4. Entrevista y recolección de datos para reconocimiento de riesgos en la salud	Revisar al paciente y registrar los datos en la hoja de identificación de psicología. Anotar los datos relevantes del paciente para darle seguimiento en las próximas consultas, hacer la valoración de la persona y compartirle posibles resultados con base en la información que se obtuvo durante la atención.	Si la persona acepta, se le invita a asistir a otra sesión en la que retome sus logros. Procurar que la persona migrante comente si reconoce posibles complicaciones en su salud mental y física por padecimientos crónicos.	Psicología

3.7. Procedimiento para la atención psicoterapéutica grupal de personas migrantes con padecimientos crónicos o violencia familiar

Propósito

Brindar asistencia en sesiones psicoterapéuticas grupales de orientación, con modalidad de grupo abierto, a pacientes migrantes con enfermedades crónicas y a aquellos en condiciones de violencia familiar.

Alcance

Este procedimiento aplica en el área de Salud Mental (Psicología y Psiquiatría).

Políticas de operación, normas y lineamientos

El profesional de la salud mental es el responsable de desarrollar las sesiones psicoterapéuticas semanales. Se incluirán en la psicoterapia grupal los pacientes con padecimientos crónicos y los que padecen violencia familiar.

El trabajador de la salud mental es responsable de integrar al paciente a las sesiones grupales, previa entrevista diagnóstica. Las sesiones grupales se desarrollarán una vez por semana, el mismo día y a la misma hora.

Glosario

Desarrollo. Se refiere al cambio cualitativo dentro de un núcleo social.

Evaluación. Es la revisión concreta, detallada y sistemática de los resultados de la valoración con estudios psicológicos que realiza el profesional de la psicología para obtener información general de la personalidad y el comportamiento.

Psicología. Ciencia que estudia los procesos psíquicos y el comportamiento del ser humano, así como las alternativas de tratamiento no farmacológicas.

Psicometría. Ciencia de la medición. Se refiere al aspecto cuantitativo del funcionamiento y la capacidad mental, así como a sus manifestaciones cognitivas-conductuales.

Psicoterapia. Método de tratamiento de los padecimientos psíquicos, afectivos y del comportamiento en el que un especialista establece una relación profesional con el paciente y por medio de la comunicación verbal y no verbal intenta: a) remover, modificar o retardar síntomas existentes; b) mediatizar patrones alterados del comportamiento, y c) promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

Psicodiagnóstico. Método para la medición de dimensiones psicológicas importantes. Se utilizan para la determinación cuantitativa y cualitativa del grado relativo de características individuales.

Encuadre terapéutico. Marco en el que se sustentan las actividades clínicas considerando espacio, tiempo, recursos, roles de los participantes, reglamentos y límites personales.

Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Área responsable
1. Selección de pacientes y diagnóstico grupal	Después de la entrevista inicial y el diagnóstico, seleccionar al paciente migrante que pueda estar en condición de violencia familiar o que tenga un padecimiento mental crónico.	Se invita a las personas migrantes, previamente contactadas, a participar del apoyo en sesiones grupales. El grupo se reúne en un espacio privado y se le comparten las condiciones del encuadre de trabajo. Se solicita que los participantes compartan sus problemas y cómo han intentado solucionarlos.	Trabajo social Psicología Psiquiatría
2. Incluir pacientes en psicoterapia de grupo	Incluir en psicoterapia de grupo a pacientes con padecimientos crónicos, que tengan padecimientos en común, como depresión, diabetes, enfermedades de transmisión sexual o problemas de irritabilidad y ansiedad, entre otros.	Dedicar un momento a comentar los padecimientos crónicos que afectan a los participantes. Solicitar a los participantes que definan los compromisos que asumen para atender esos padecimientos.	Psiquiatría Psicología
3. Conformación de los grupos de tratamiento	Definir con qué actividades de grupo se trabajará. Definir tipos de grupo a trabajar. Cerrado: por tiempo definido y no hay cambio de participantes, máximo 14 personas. Abierto: el número de participantes puede variar a lo largo de las sesiones.	Las actividades estarán sujetas al tiempo disponible. Pueden ser exposiciones, grupos focales, juego de roles o dinámicas grupales. Los temas serán principalmente el esquema básico de la salud, los síndromes que afectan a migrantes, tipología y dinámica familiar, identificación de ideas irracionales y asertividad.	Trabajo social Psicología Psiquiatría
4. Comunicación de encuadre terapéutico	Comunicar a los participantes lugar y hora de inicio y fin. Si es necesario, se indicará cómo se piensa terminar las sesiones. Indicar a los pacientes las normas de encuadre desde las cuales se va a trabajar, considerando límites, obligaciones, responsabilidades, derechos y formas de comunicación, entre otras.	El encuadre se define y se expone al grupo. Se les da la oportunidad de participar en la definición del encuadre.	Trabajo social Psicología Psiquiatría
5. Desarrollo de las sesiones	Las sesiones seguirán el enfoque teórico del responsable. Debe considerarse en todo momento el inicio, desarrollo y final del tratamiento.	Las actividades grupales se llevan a cabo de acuerdo con la manera en que se deben terminar las sesiones.	Trabajo social Psicología Psiquiatría

3.8. Organización de grupos Balint

Propósito

Describir las actividades del Grupo Balint para sensibilizar al personal de salud sobre sus reacciones emocionales ante los pacientes que atienden.

Alcance

Este procedimiento es interno en los diversos servicios del hospital o centro de salud.

Políticas de operación, normas y lineamientos

El equipo de intervención Grupo Balint estará integrado por un médico psiquiatra o un psicólogo con formación psicoterapéutica que intervendrá al personal de salud: médicos, residentes, enfermeras y enfermeros, y trabajadores sociales.

El Grupo Balint estará integrado por máximo de 12 miembros y se sustentará en la comprensión de lo que sucede entre paciente y profesional de la salud, con énfasis en el vínculo y las reacciones emocionales que surgen entre ambos. Las sesiones serán semanales, de 90 minutos.

El profesional de la salud presentará material clínico de manera verbal y será escuchado por los integrantes del Grupo Balint, que hará comentarios pertinentes con la guía de los coordinadores del grupo.

El número de sesiones de los Grupos Balint dependerá de los tiempos de trabajo disponibles.

Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales se realizarán con apego a los lineamientos establecidos en el código de bioética.

Glosario

Grupo Balint. Grupo de supervisión para el personal de salud sobre aspectos contratransferenciales de la relación paciente-médico.

Material clínico. Información referente a la interacción médico-paciente.

Dinámica grupal. Intensidad emocional que se presenta en las sesiones grupales.

Proceso grupal. Secuencia y sucesos que se presentan a lo largo del trabajo grupal.

Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Área responsable
1. Invitación a participar en trabajo grupal	Invitar y difundir la conformación del Grupo Balint en el centro de salud u hospital.	El personal que colabora en el programa de salud mental propone al personal de salud participar en un grupo Balint. Se define si se trabajará con bloques de 10 a 12 sesiones. Los bloques se pueden extender en cantidad de sesiones.	Jefatura del servicio Psicoterapia
2. Selección de integrantes del grupo	Mediante entrevista inicial, seleccionar a los candidatos que quieran tratar sus reacciones emocionales ante los pacientes. Definir el número de participantes para proceso de trabajo grupal.	Al personal interesado se le hace una entrevista para investigar la razón de su interés. Se define a los participantes del grupo en condiciones de confidencialidad. A los no elegidos se les brindarán otras opciones u oportunidades.	Psicoterapia
3. Presentación e inicio del grupo	Iniciar el Grupo Balint y proporcionar las condiciones del encuadre especificar lugar, hora de inicio y fin, normas y condiciones de confidencialidad.	Después de especificar las condiciones de encuadre, iniciar las sesiones de trabajo. Dedicar tiempo a revisar los mecanismos defensivos de cada profesional de la salud en la consulta. Estudiar las formas viables de solución a las crisis del personal de salud.	Psicoterapia
4. Registro del control del grupo	Elaborar una minuta de las sesiones.	Comentar y corregir la bitácora con los participantes, y terminar la sesión.	El propio Grupo Balint

3.9. Organización de grupos de entrenamiento asertivo para migrantes

Propósito

Describir las actividades de un grupo de entrenamiento asertivo para migrantes (GEAM), para que el personal de salud pueda apoyar a pacientes migrantes con problemas de ansiedad y depresión por su condición presente, con o sin riesgo de contagio de covid-19.

Alcance

Este procedimiento aplica dentro de los servicios responsables de los programas de educación para la salud de los centros de salud y los centros de atención a migrantes y refugiados.

Políticas de operación, normas y lineamientos

El equipo de intervención con GEAM estará integrado por un psicólogo o profesionales de trabajo social con formación psicoterapéutica, y el equipo de salud: personal médico, en residencio y de enfermería. El GEAM sesionará una vez a la semana durante 90 minutos.

El GEAM se orientará a la atención a las personas migrantes en centros de salud y centros de atención a migrantes. El profesional de la salud presentará su material de trabajo y hará comen-

tarios pertinentes con ayuda de los coordinadores del GEAM.

La duración en número de sesiones de los GEAM dependerá de los tiempos de trabajo disponibles. El grupo estará integrado por un máximo de ocho miembros. Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales se realizarán con apego a los lineamientos establecidos en el código de bioética.

Glosario

Grupo GEAM. Grupo de trabajo para el aprendizaje de habilidades asertivas que puedan adquirir las personas migrantes.

Estrategias para el aprendizaje asertivo. Formas de trabajo grupal en las que se induce el aprendizaje de habilidades asertivas.

Dinámica grupal. Intensidad emocional que se presenta en las sesiones grupales.

Proceso grupal. Secuencia y sucesos que se presentan a lo largo del trabajo grupal.

Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Área responsable
1. Invitación para participar en el trabajo grupal en un GEAM	Invitar y difundir la conformación del GEAM en el centro de atención a refugiados y migrantes, centro de salud u hospital.	El personal colaborador en el programa de salud mental propone a las personas que se encuentren en los centros de atención a refugiados y migrantes, o que asisten a consulta al centro de salud, de preferencia migrantes, para participar en un GEAM. Definir si se trabaja con bloques de 10 a 12 sesiones. Los bloques se pueden extender en cantidad de sesiones.	Responsable del programa de psicoterapia
2. Selección de integrantes del grupo	Seleccionar a los candidatos que quieran tratar sus reacciones emocionales por su condición de migrantes considerando riesgos, presiones y demandas de las que han sido objeto. Definir el número de participantes para proceso de trabajo grupal.	Se entrevistan las personas interesadas y se aclara la razón de su interés respetando su confidencialidad. Se eligen los participantes del GEAM en condiciones de confidencialidad. A los no elegidos se les brindarán otras opciones u oportunidades.	Responsable del programa de psicoterapia
3. Presentación e inicio del GEAM	Para empezar, se proporciona el encuadre de trabajo, se especifica lugar y hora de inicio y fin, normas y condiciones de confidencialidad. Después se entrega a los asistentes un pequeño boletín o folleto con los temas que se trabajarán en las sesiones: a) Comportamiento no asertivo. b) Comportamiento asertivo. c) Derechos asertivos. d) Habilidades asertivas. e) Formas de superar y manejar depresión, ansiedad, miedo, agresión y desesperanza, entre otros. f) Toma de decisiones y solución de problemas. g) Tipología y dinámica familiar. h) Definición y formación de límites i) Formación de redes de apoyo personal. Según las condiciones de las personas migrantes en los centros de protección a migrantes y refugiados, las sesiones pueden ser semiestructuradas, no sesión por sesión. En este caso, se recomienda que el personal participante coordine las respuestas a las peticiones de los participantes.	Después de especificar las condiciones de encuadre, dedicar tiempo a revisar los temas de interés para los participantes. Se buscará respetar la dinámica que se genere en el grupo y cubrir los temas propuestos. En cada tema se buscará trabajar con diferentes estrategias para el aprendizaje asertivo que incluyan: a) Juegos de rol. b) Modelamiento de conductas. c) Psicodrama. d) Estrategias de desensibilización sistemática. e) Otras que se consideren necesarias. El personal que coordine el programa deberá cuidar que durante las actividades se formen redes de apoyo de entre migrantes. Habrá una apertura y un cierre en cada sesión.	Responsable del programa de psicoterapia
4. Registro del control del grupo	Llevar un registro y elaborar una minuta de las sesiones.	Comentar y corregir la bitácora con los participantes. Terminar la sesión	El propio GEAM

Nota complementaria

Al trabajar con programas de entrenamiento asertivo se puede recurrir a diversas técnicas complementarias, como las llamadas “solución de problemas” y “toma de decisiones”. Su aplicación requiere más tiempo y las personas migrantes no siempre lo tienen.

Bibliografía

- Achotegui J. 2003, Dossier de la reunión internacional sobre el Síndrome de Ulises celebrada en Bruselas en la sede del Parlamento Europeo el 5 de noviembre.
- 2009, Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Revista de Servicios Sociales*, 46, 163-171.
- 2016, 4 de abril, “La atención a la salud mental de los inmigrantes y demandantes de asilo”, *psiquitria.com*. Disponible en https://psiquitria.com/at_primaria/la-atencion-a-la-salud-mental-de-los-inmigrantes-y-demandantes-de-asilo/
- Akerman, N., 1995, *Diagnóstico y tratamiento de relaciones familiares*, Buenos Aires, Hormé.
- Astles, J., 2020, “‘Tenemos miedo’: testimonios de la primera caravana de migrantes de 2020”, Organización Internacional para las Migraciones. Disponible en <https://rosanjose.iom.int/site/es/blog/tenemos-miedo-testimonios-de-la-primera-caravana-de-migrantes-de-2020>
- Bears, M., B. Connors y M. Paradiso, 2008, “Salud mental”, en M. Bears, B. Connors y M. Paradiso M., *Neurociencia: la exploración del cerebro*, Filadelfia, Wolters Kluwer, pp. 661-687.
- Berenzon, S. e I. Vargas, 2014, “Salud mental y sociedad”, en J. R. de la Fuente (coord.), *Salud mental y medicina psicológica*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/McGraw-Hill, pp. 12-21.
- Bravo, R., 1992, “Aprendizaje cultural y adaptación social de los inmigrantes”, *Intervención Psicosocial*, vol. 3. Disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1992/vol3/arti4.htm>
- Braz, C., A. P. del Prette y A. del Prette, 2011, “Assertive Social Skills Training for the Elderly”, *Behavioral Psychology*, núm. 2, vol. 19.
- Campillo, C., 1999, “Doctor Jorge Velasco Alzaga (In memoriam)”, *Gaceta Médica de México*, núm. 2, vol. 135.
- Cárdenas, O. A., 1987, *Efecto del rompimiento matrimonial en los hijos*, tesis de licenciatura, México, Universidad de las Américas.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2016, *Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados*, Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Disponible en https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2016-06-02-g.refugiados_PDF.pdf
- Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH), 2020, *Informe sobre los efectos de la pandemia de covid-19 en las personas migrantes y refugiadas*, México, Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos. Disponible en <http://www.cmdpdh.org/publicaciones-pdf/cmdpdh-informe-migracion-y-covid-19.pdf>
- Cooper, J., 2001, “Terapia breve en la psicología clínica”, en S. Cullari (ed.), *Fundamentos de psicología clínica*, México, Pearson, pp. 185-215.
- Ellis, A., 1990, *Manual de terapia racional emotiva*, Bilbao, Desclée De Brouwer.

- Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA), 2020, Congreso Virtual Internacional “Prevención, cuidados e inclusión: hablemos de demencia”, 7-30 de septiembre.
- Fensterhein, H. y J. Baer, 1976, *No diga sí cuando quiere decir no*, Barcelona, Grijalbo.
- Fuente, J. R. de la, 2014, “Salud mental global”, en J. R. de la Fuente (coord.), *Salud mental y medicina psicológica*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/McGraw-Hill, pp. 12-21.
- , 2020, 1 de junio, “El covid-19 y la salud mental”, *El Universal*. Disponible en <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/juan-ramon-de-la-fuente/el-covid-19-y-la-salud-mental>
- Fuentes, M. J. y M. C. Lorenzo, s. f., “El proceso terapéutico y su importancia en el tratamiento psicológico”, Instituto Salamanca. Disponible en <https://institutosalamanca.com/blog/proceso-terapeutico-importancia-tratamiento-psicologico/#:~:text=El%20proceso%20terap%C3%A9utico%20comienza%20cuando,y%20la%20terapia%20s%C3%AD%20procede>
- Galvis, M., 2015, “Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica”, *Revista Cuidarte*, núm. 2, vol. 6.
- García-Vega, L., 2010, *Análisis psicohistórico de la obra de Martin E. P. Seligman*, tesis de doctorado, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Gold, J. y G. Striker, 2001, “Cómo tratar al individuo”, S. Cullari (ed.), *Fundamentos de psicología clínica*, México, Pearson, pp. 138-162.
- Guerra, A., 2020, 29 de mayo, “Brote de covid-19 en albergue de migrantes; más de 10 contagios”, *El Heraldo de Juárez*. Disponible en <https://www.elheraldodejuarez.com.mx/local/brote-de-covid-19-en-albergue-de-migrantes-mas-de-10-contagios-noticias-ciudad-juarez-5296069.html>
- Guterres, A., 2020, 13 de mayo, “Los servicios de salud mental son parte esencial en todas las respuestas de los gobiernos al covid-19”, Naciones Unidas. Disponible en <https://www.un.org/es/coronavirus/articulos/servicios-de-salud-mental-respuesta-gobiernos-covid-19>
- , s. f., “El covid-19 es una oportunidad para redefinir los desplazamientos humanos”, Naciones Unidas. Disponible en <https://www.un.org/es/coronavirus/articulos/efectos-covid-19-en-refugiados-desplazados-migrantes>
- Hassan, S., 1990, *Cómo combatir las técnicas de control mental de las sectas*, Barcelona, Urano.
- Howard, M., 2019, “Toward a Cross-Cultural Training Model for Migrants Entering Oppressive Work Environments”, *International Education Studies*, núm. 2, vol. 12.
- Jerez, S. y H. Silva, 2014, “DSM-5. Análisis y controversias DSM-5”, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, vol. 52.
- Lafarga, J., 1996, *Antología para la formación de psicoterapia centrada en la persona. Curso de formación*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala/Universidad Iberoamericana.
- Martínez, M. y J. Martínez, 2018, “Procesos migratorios e intervención psicosocial”, *Papeles del Psicólogo*, núm. 2, vol. 39. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77855949003>
- Ministerio de Salud, 2018, *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021*, Lima, Ministerio de Salud. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social, 2005, *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*, Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2020, “Efectos de la covid-19 en la población migrante. Principales hallazgos. Sondeo en América Central y México. Junio 2020”, San José, Organización Internacional para las Migraciones. Disponible en https://kmhub.iom.int/sites/default/files/publicaciones/sondeo-efectos_de_la_covid-19_junio_2020_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004, “Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica”, Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- , 2013, “Plan de acción sobre salud mental 2013-2020”. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=2BABEB595AB2E3304B92998ED72B2125?sequence=1
- , 2018, 30 de marzo, “Salud mental: fortalecer nuestra respuesta”, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- , 2019, 28 de noviembre, “Trastornos mentales”, Organización Mundial de la Salud. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- , 2020. 27 de agosto, “Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental”, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>
- Pedersen, D., 1999, “El impacto de la pobreza, el racismo y la violencia política sobre la salud de los pueblos indo-americanos”, en M. Brofman y R. Castro (eds.), *Salud, cambio social y política pública: perspectivas desde América Latina*, México, EDAMEX/Instituto Nacional de Salud Pública/Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud.
- Perls, F., 1977, *Gestalt Therapy*, Nueva York, Bantam Books.
- Quintanar, F., 2002, “Manual para la formación de estudiantes en psicogerontología”, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala, inédito.
- , 2004, “Tipología familiar en un grupo de mujeres ancianas adultas de clase media”, *Revista de Psicología Social*, núm. 1, vol. 2.
- , 2007, “Manual para apoyo emocional al adulto mayor”, documento del Programa de Psicología del Envejecimiento, Tanatología y Suicidio, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- , 2008, *Comportamiento suicida*, México, Manual Moderno.
- Rogers, C., 1982, *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- , 1984, *Orientación y psicoterapia*, Madrid, Narcea.

- Sánchez, T., 2020, "Síndrome de resignación. Trauma migratorio, somatización y disociación extremas", *Aperturas Psicoanalíticas*, vol. 63, núm. 2.
- Secretaría de Salud, 2012, *Manual de procedimientos de los servicios de atención psiquiátrica*, México, Secretaría de Salud. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/transparentia/UNIDAD_DE_ENLACE_POT/Politica_de_Transparencia/Temas_TransparenciaFocalizada/MP/SAP.pdf
- Seligman, M., 1975, *Indefensión*, Madrid, Debate.
- , 2011, *Florecer*, México, Océano.
- Spagat, E., 2020, 6 de mayo, "Autoridades anuncian la primera muerte de un inmigrante detenido por covid-19", *Al Día Dallas*. Disponible en <https://www.dallasnews.com/espanol/al-dia/inmigracion/2020/05/06/autoridades-anuncian-la-primera-muerte-de-un-inmigrante-detenido-por-covid-19/>
- Tovar, E., 2018, "Immigrant Background or Assertiveness? In the Search of Key Factors for the Academic Progress of Migrant Children", *Psychology, Journal of the Higher School of Economics*, vol. 15, núm. 2, pp. 326-345.
- Univisión Noticias, 2018, 25 de noviembre, "Caos en frontera con Tijuana: cientos de migrantes de la caravana intentan cruzar a la fuerza a EEUU". Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=1dQMGpDt7Uc>
- Vázquez, J. D., 2019, "Cuando caminar es sufrir y viajar un decir: el dolor de los centroamericanos a su paso por México", *Cuadernos Inter*, vol. 16, núm. 2.
- Yalom, I., 1984, *Psicoterapia existencial*, Barcelona, Herder.
- Zimbardo, P., 2008, *El efecto Lucifer*, Barcelona, Paidós.
- Zinker, J., 2000, *El proceso creativo en la terapia gestáltica*, Buenos Aires, Paidós.

