



**+CASBSS**

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**

**Fernando Quintanar Olguín**



## **INDICE**

### **INTRODUCCIÓN**

**Nota a manera de presentación**

**Justificación**

**Alcance y objetivo del manual de salud mental**

**Objetivo del manual**

**Indicaciones para el uso del manual**

### **SECCIÓN I: MARCO DE REFERENCIA**

#### **IMPORTANCIA DE ATENDER LA SALUD MENTAL EN MIGRANTES BASES DE LA SALUD MENTAL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**

**Cómo es un proceso terapéutico en salud mental**

**Salud mental en tiempo de la COVID-19 2020**

#### **EL PERSONAL DE SALUD Y ACTITUDES QUE FAVORECEN LA SALUD MENTAL**

**Mecanismos psicológicos de defensa**

**Migración e indefensión aprendida**

**La presión social como riesgo para la persona migrante**

***Caso 1. Petra y la presión social***

***Habilidades sociales en la salud mental de migrantes***

***Conceptos básicos de estrategias de apoyo***

***La importancia de aprender a decir no***

***Caso 2. El conflicto de Gabriel R.***

***El comportamiento, asertivo o no, puede aprenderse***

***Habilidades psicológicas de personas migrantes para su protección***

***Identificación de ideas irracionales***

***Caso 3. La crisis de R.J.***

***Ideas irracionales***

***Caso 4. Joven costeño con discapacidad en condición de calle***

**Salud mental y orientación familiar a personas migrantes**

***Caso 5. Luz s.***

## **SECCIÓN II**

### **CASOS CLÍNICOS PARA ANÁLISIS DE SALUD MENTAL**

**Caso 6. Migrante que muere por COVID-19.**

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

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

**Caso 9. Intento suicida de T.O.**

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

**Caso 11. Morir de hambre**

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

**Caso 13. Encuentro con la demencia**

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

**Caso 15. Joven migrante con golpe en la cabeza**

**Caso 16. Brote de Covid-19 en albergue de migrantes; 16 contagios en Ciudad Juárez**

**Caso 17. Entrevista a migrante en primera caravana 2020**

## **SECCIÓN III**

### **PROPUESTA DE PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

- 1. Procedimiento para la atención a la salud mental en comunidades**
- 2. Procedimiento de orientación para la atención a la salud mental de primer contacto y subsecuente**
- 3. Procedimiento para brindar atención al paciente agresivo o violento**
- 4. Procedimientos para intervenciones psicoterapéuticas de apoyo o soporte emocional**
- 5. Procedimiento para la atención psicológica del paciente externo migrante**
- 6. Procedimiento para la atención psicoterapéutica grupal**
- 7. Organización de grupos Balint**
- 8. Organización de grupos de entrenamiento asertivo para migrantes (GEAM)**

**Bibliografía**

## INTRODUCCIÓN

En el año 2018 se dio en Centroamérica y México un movimiento migratorio al que se llamó caravana migrante. Se componía de miles de personas que habían salido de diversos países, pero sobre todo de Honduras, Guatemala, República del Salvador, y algunos otros países asiáticos y africanos. Era la primera vez que se presentaba una situación como ésta, poniendo en evidencia la diversidad de riesgos que las personas se atreven a correr para salir de su lugar de origen. A lo largo del camino algunos se fueron separando 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, pero llegaron a exponer que en todo el camino fueron víctimas de engaño, extorsión, secuestro y acoso. Era común observar que las personas migrantes solían reportar diversas pérdidas que habían tenido, y pendientes que no habían podido resolver, incluyendo el encuentro con otra cultura y estilo de vida, haber perdido tanto familiares como ingresos económicos, e incluso vivienda, entre otras pérdidas que les desestabilizan.

La CMDPDH (2020) ha reportado casos en los que al llegar a los albergues no había lugar para tantas personas, el hacinamiento hacía estragos entre los albergados y las familias empezaron a presentar problemas que no habían anticipado, tales como la decisión de padres de dejar que sus hijos, menores de edad, siguieran adelante tratando de llegar a los Estados Unidos, y en los centros de salud no se contaba con suficiente personal, y menos para atender problemas de salud que no eran de origen físico. Con información como ésta es posible pensar en trabajar con un enfoque diferente en relación a la salud mental de las personas migrantes, pues lo realizado hasta el momento no ha sido suficiente.

En el presente manual se retoman las propuestas de la OMS y la OPS sobre la importancia de capacitar en salud mental al personal de salud, trabajando desde una visión menos hospitalaria y más grupal y comunitaria abordando las condiciones del entorno y reconociendo a los diversos grupos vulnerables, en los cuales se encuentran los migrantes; por esta razón el manual tiene la finalidad de ser un documento de información práctica, accesible y aplicable, en el desarrollo del

quehacer de la actividad profesional correspondiente a las necesidades que los servicios de salud pueden atender a quien lo requiere, así como a la integración de funciones del personal de salud para brindar atención a la salud mental con calidad técnica y un trato humano y realista, en los diferentes espacios de atención a primer nivel de los servicios de salud en las Américas y el Caribe.

La presentación del Manual de Atención a la Salud Mental de Personas Migrantes es la respuesta a la necesidad de brindar mejor atención a las personas que migran, ya que aborda aspectos de la salud mental en condiciones que anteriormente no se valoraban en el primer nivel de atención, tales como riesgos sociales y choques culturales, que no implican trastornos psiquiátricos.

En este manual se presentan en forma clara, concreta y sistematizada, las pautas y lineamientos mediante los cuales se han de realizar las actividades, por parte del personal en servicios de salud, al brindar consulta en la atención a personas migrantes. La información que aquí se proporciona incorpora elementos que se abordan en los servicios de salud de diferentes países de las Américas y el Caribe a partir de dos propuestas, una es seguir los procedimientos de atención ya desarrollados, en diferentes servicios de salud, que atienden a la salud mental tanto en el primer nivel como el área de personas hospitalizadas; la otra es la información básica que puede manejar el personal de los servicios de salud principalmente de enfermería, medicina y trabajo social, pero también puede ser considerada por el personal de recepción, de seguridad y personal administrativo y de intendencia a los que se les puede capacitar con un enfoque de salud mental comunitaria.

El servicio que se proporciona en la consulta externa es el punto de contacto que abarca el ámbito hospitalario a través de interconsultas, urgencias, dictámenes, y solicitudes especiales de tipo legal o escolar, llenando una serie de funciones en las que la atención a la salud mental es canalizada a otros servicios, o a otro nivel, sin abordarla en el momento de contacto. Al abordar el tema de la salud mental es condición indispensable tomar en cuenta que el propio personal de salud, o sus familiares, también tienen riesgos que podrían estar afectados en 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 por diversos motivos, dando la oportunidad de que la persona que llega a consulta sea vista más que como objeto de estudio, de que se le reconozca como una persona digna de una valoración completa y humana en condiciones críticas, por esta razón en el presente manual se incluyen aspectos que se pueden llegar a encontrar en la consulta, que suelen afectar a las personas migrantes pero que, si se hace una revisión de los textos de los cursos de psiquiatría, se puede notar que no suelen ser mencionados, a pesar de ser condiciones que comprometen la salud mental y seguridad de las personas migrantes y sus familias.

El contenido del manual se encuentra organizado en tres grandes secciones. La primera es sobre aspectos teóricos y conceptuales; la segunda sección es sobre ejercicios que tienen la finalidad de generar ideas y propuestas a partir de análisis de casos clínicos, de personas que han estado en alguna forma de migración, que ejemplifican posibles situaciones de migrantes a las que los lectores se pudieran encontrar al trabajar con población migrante; la tercera sección es sobre modelos de diversos programas de atención a la salud mental que pueden servir de referencia al personal interesado en desarrollar una propuesta propia en su ejercicio profesional incluyendo la condición por COVID-19.

Los contenidos de las tres secciones se irán intercambiando conforme se avanza en las actividades, se trabajará pensando en los escenarios cotidianos, pero también incluyendo las condiciones de la pandemia por COVID-19. Es claro que, a pesar de compartir formación en el campo de la salud, se pueden tener diferencias culturales tanto entre los profesionales de la salud como entre los migrantes, según su región de origen, por este motivo es necesario ajustar las estrategias con las que se puedan trabajar, por ejemplo, hay lugares donde se habla fuerte pero no se está discutiendo, o se saluda de forma muy efusiva y otras donde se hace un saludo más formal.

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

### **Nota a modo de presentación.**

El presente manual se empezó a elaborar en el contexto de la pandemia por COVID-19, en este sentido se buscó consultar la información especializada más reciente sobre apoyo a la salud mental de migrantes en la condición de la pandemia, pero la información localizada tenía la restricción de que se centraba en propuestas y recomendaciones, pero pocas veces se contaba con investigación que sustentara lo que se proponía, la mayoría de las veces lo propuesto era resultado de la práctica clínica, o de los resultados de otras epidemias. Bajo estas condiciones el manual se desarrolló tomando en cuenta la información especializada disponible, el diálogo personal con otros especialistas, reportes periodísticos en medios de comunicación formales y reconocidos, y la propia experiencia del autor del presente manual, en cuyo contenido se presentan varios casos de migrantes en los que se presentaron problemas emocionales, y de salud mental, que llegaron a ponerlos en riesgo. En este sentido la mayoría de los casos presentados fueron atendidos en diferentes circunstancias por el autor, y aquellos que no lo fueron se cita la fuente de donde se obtuvieron considerando el tema de la salud mental y la atención que se les brindaba.

Quizá una condición que compromete mucho la atención a la salud mental es la dificultad para reconocer y valorar lo que afecta a las personas, pues en un principio se tiende a ver como algo natural algunos momentos de irritabilidad, tristeza, o el aumento de hábitos no adaptativos. Se les tiende a ver cómo pago pasajero y que se resuelve por sí mismo, pero muchas veces se puede dar el caso de la solución que la persona da a su situación suele ser parte del propio problema, y el personal de salud, si cuenta con la capacitación adecuada, puede orientar a las personas en estas condiciones.

De las fuentes consultadas una muy valiosa fue el Colegio Nacional de Psicólogos de España, con su experiencia con población migrante del Mediterráneo que tomó a España como punto de entrada a Europa y Reino Unido. Pero aún este propio Colegio de especialistas reconoce que falta información sustentada en la investigación de la salud física y mental de los migrantes.

La salud física y la salud mental son dos esferas relacionadas en el ámbito de la seguridad social y salud pública. No puede haber salud física sino hay salud mental, pero ambas deben ser abordadas desde una perspectiva de la prevención y atención comunitaria con participación social, tal como lo plantean actualmente las Naciones Unidas (2020) y no solamente de la curación en la atención clínica hospitalaria centrada en el paciente.

En la orientación brindada por la OMS (2019), para atender los problemas de salud de los diferentes grupos sociales, destaca el interés por consolidar las propuestas de políticas públicas de los diferentes gobiernos de las Américas y el Caribe, reconociendo que es necesario trabajar de forma transdisciplinaria en la cual la salud también sea abordada desde las ciencias sociales y de la conducta. Sin embargo, la actual pandemia por COVID-19 ha obligado a reorientar las acciones para la atención de la salud dándole un lugar importante a la salud mental en sus diferentes facetas.

Al igual que otros problemas de salud, los padecimientos de salud mental evolucionan con el tiempo y aparecen, o se reconocen, afecciones que antes no se consideraban. Además, la formación de recursos humanos en salud mental también se debe actualizar considerando los avances generados tanto en la investigación científica como en las políticas de atención. En este sentido, actualmente se puede recomendar que la formación, capacitación y actualización de personal en salud mental incluya temas como políticas públicas, seguridad social y administración pública de servicios de salud, al mismo tiempo que se abordan los nuevos padecimientos que se reconocen en salud mental: de forma tal que se pueda trabajar en el desarrollo de propuestas orientadas a la prevención, y el desarrollo de estrategias de atención con las que se cuenta hoy en día, y en las que se incluyen síndromes como el de resignación o desamparo aprendido que antes no eran considerados dentro del cuadro de afectaciones.

Para Silva (2014) es necesario tomar en cuenta que el tema de la salud mental ha tenido una evolución acelerada en los últimos años, que ha pasado del diagnóstico clínico centrado en síntomas a un diagnóstico basado en evidencia a partir de las aportaciones de las neurociencias, de la antropología y la psicología socio-

comunitaria, que han puesto sobre la mesa las muestras a partir de estudios de laboratorio y de indicadores psicosociales. Con estos avances también se han presentado cambios en las prioridades de gobierno en función de las tendencias demográficas y demandas sociales que generan la necesidad de contar con personal de salud capacitado para cubrir la atención a la salud mental; no se trata de brindar psicoterapia, se trata de que el personal de salud pueda proporcionar orientación en salud mental mediante la educación, la prevención y la participación social de la comunidad; hoy en las políticas públicas ya se reconoce a la salud mental de los grupos vulnerables incluyendo a los migrantes.

Silva (2014) comenta que el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, mejor conocido como DSM, es un documento que desde 1952 la OMS impulso su elaboración por parte de los especialistas en psiquiatría, se revisa cada diez años y actualmente se encuentra en su quinta edición (DSM-V), en la cual incluye los 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.

El mismo Silva menciona que los cambios en la atención a la salud mental han evolucionado pasando de la atención a los síntomas, en consultorio, a la consideración de la familia y el entorno, además, de mediados de los 70's a la fecha, en el diagnóstico de las afecciones mentales se han incorporado las representaciones sociales, los determinantes sociales y los avances en neurociencias, que han facilitado desarrollar propuestas de participación social, integración comunitaria y desinstitucionalización, considerando otros conceptos como los síndromes de Ulises, de desamparo aprendido, el síndrome de resignación, la orientación familiar, el estrés postraumático, las adicciones, los trastornos de la alimentación, estrés laboral y otras afecciones más llamadas las nuevas patologías y que no todas están consideradas en el DSM-V; pero todos estos cambios fueron acompañados del desarrollo de políticas públicas en salud que antes no existían, que fueron retomando las recomendaciones de la OMS y que con el tiempo permitieron contar con un marco legal que incluye los derechos humanos, desde los cuales se han desarrollado planes de gobierno, proyectos y programas de salud mental que toman en cuenta a los grupos vulnerables incluyendo a los migrantes.

Sin embargo, y a pesar del propio desarrollo que hoy se tiene en salud mental, aún queda pendiente el reconocimiento de eventos y condiciones que comprometen la salud mental, y que ya empiezan a ser reportados en la literatura especializada, tales como nuevos mecanismos psicológicos de defensa, cambios en la dinámica familiar, el desamparo aprendido que llevó al desarrollo de la psicología positiva, así como la incorporación de tratamientos no-farmacológicos como la terapia de arte, entrenamiento en habilidades sociales como la asertividad, y los enfoques humanistas en psicoterapia.

El presente manual ha sido elaborado tomando en consideración estos cambios, y aunque contiene varios casos para trabajar no deja de tomar en cuenta la importancia de la seguridad social como marco general de referencia.

Los participantes deben conocer las estadísticas de salud mental de su lugar de origen, las políticas públicas de sus gobiernos y el programa de salud mental de su

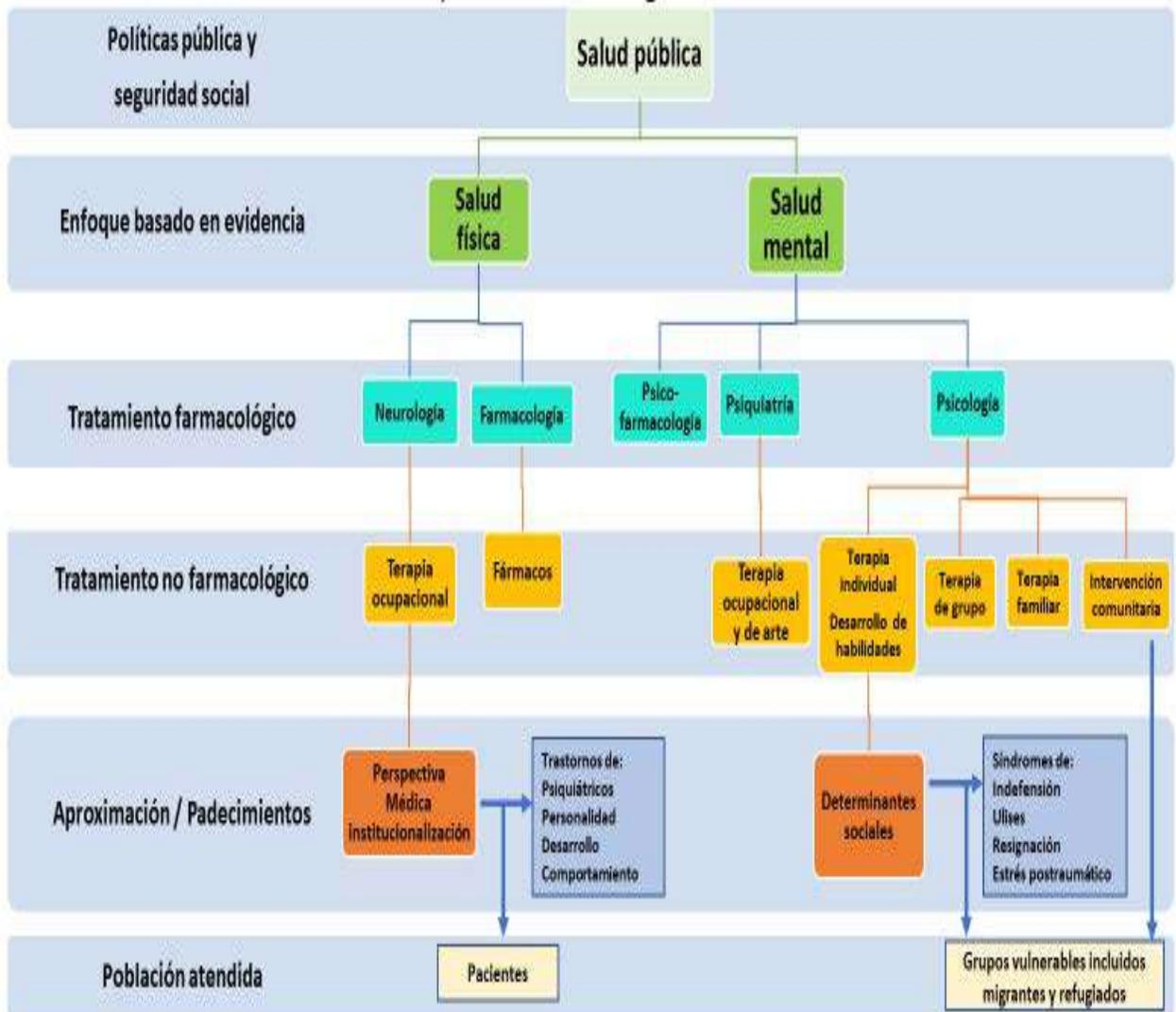
país, así como las acciones que se han derivado de la aplicación de políticas públicas de sus gobiernos y sus resultados.

Se propone empezar este documento pensando un poco sobre las implicaciones cotidianas que pudiera tener una persona afectada en su salud mental, más aún si es esa persona es migrante. Para empezar, se debe tomar el motivo, o condición, que generó el problema de salud mental que afecta a la persona; además hay que ver qué tipo de padecimiento se presenta y cómo se ha intentado atender.

Es recomendable que el personal de salud que se capacite en temas salud mental se acostumbre a pensar en términos de procesos, estructuras y dinámicas, que son características permanentes de los cambios en el comportamiento de las personas. Por último, hay momentos en que se presentan casos para ejemplificar o trabajar un punto, o tema, en particular, en la mayoría de las veces son casos con los que el autor tuvo oportunidad de trabajar a lo largo del tiempo, cuando no es así se mencionará la fuente de donde se obtuvo la información para el caso. En estas condiciones se ha buscado proteger la identidad de las personas, y sus familias, razón por la cual se han cambiado los nombres y otros datos de identidad. Dado el tema de la COVID-19 también se presentan algunos ejemplos, pero aún faltan más casos reales que se puedan documentar en el contexto de la pandemia.

Con la finalidad de integrar los comentarios anteriores se muestra la figura 1, en la cual se representa la estructura general con la que se trabaja en el presente manual. Es posible que a quien lea esta información le parezca un tanto extraña, y efectivamente esa es la finalidad del manual pues, como se verá a lo largo del texto, es necesario abordar la salud mental con una perspectiva diferente a la que normalmente se ha realizado. Por esta razón se señala cómo se puede pasar de las políticas públicas y la seguridad social a la salud pública, con enfoque basado en evidencia que da sustento a tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, llegando al reconocimiento de aproximaciones y padecimientos que van de la atención institucional y psicopatología a los determinantes sociales y la presencia de diversos síndromes que suelen presentarse en personas migrantes, y que no se observaban en pacientes psiquiátricos.

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

## JUSTIFICACIÓN

El tema de la salud mental en las Américas tiene una historia interesante por la forma en que se dio a conocer el tema, su importancia fue creciendo en la medida que se fueron presentando problemas en el desarrollo infantil, psiquiátricos, violencia familiar, depresión, suicidio y otros más asociados a las adicciones y el alcoholismo, pero en un principio no se percibía lo que pasaba con las personas migrantes. Entre los años 1985 y 1989 el autor del presente manual tuvo la oportunidad de colaborar en lo que era el Instituto Nacional de Salud Mental (INSaMe) que fue fundado por el Dr. Jorge Velasco Alzaga en 1983, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En dicho lugar se impulsó un programa de atención en consulta externa integrado de forma interdisciplinaria con un médico (psiquiatra, pediatra o neurólogo), personal de enfermería, trabajo social y psicología; todos trabajando en consulta externa en el primer nivel de atención en un instituto, en donde se realizaba investigación, y no en un hospital en donde se brindaría atención clínica; ahí se atendía a personas migrantes del territorio nacional, pero era difícil dar continuidad al tratamiento, lo cual ejemplificaba las particularidades de la población atendida. El Dr. Velasco fue alumno de Erich Fromm, lo cual le dio una visión más social sobre la salud mental y, en 1964 ante la OMS, propuso que se incorporara por primera vez el programa de salud mental para las Américas.

El modelo del INSaMe se tomó como referencia para otros países, y funcionó muy bien bajo la dirección del Dr. Eduardo Jurado que fue el director fundador del Instituto Nacional de Perinatología, desafortunadamente los cambios en las políticas de gobierno no permitieron difundir los logros del modelo, pero hoy parece una propuesta necesaria en el tema de la formación de equipos en salud mental, sin embargo en la mayor parte de los países de la región no había capacidad instalada para eso (Campillo, 1999), menos aún si se pretende trabajar con una visión hospitalaria.

En el INSaMe se impulsó la escuela para padres y la formación de orientadores familiares en el personal de salud que colaboraba ahí. Mientras funcionó este modelo en el INSaMe se contó con la participación de profesionales de enfermería

de Japón, psicólogos de Centroamérica, psiquiatras de Colombia, así como pediatras y neurólogos del propio instituto, que por diferentes periodos participaron de las actividades de asistencia y se esperaba que difundieran el modelo al regresar a sus países de origen o sus estados. Bajo estos antecedentes se puede entender la importancia de considerar la formación de los profesionales de la salud como orientadores en salud mental, o profesionales en orientación psicológica tal como la planteaba Rogers (1984), considerando medidas preventivas y tratamientos a través del entorno de la persona.

El tema de la salud mental generalmente se ha abordado a partir de aspectos centrados en la psicopatología y, dada la naturaleza de su objeto de estudio, también abarca diversos componentes de la dimensión psicosocial, y no solamente de la biológica, que llevan a reconocer cómo ha evolucionado el perfil de los padecimientos mentales. Esto implica abordar procesos inconscientes y de la subjetividad que comprometen la forma de pensar, sentir y actuar, de ahí que quienes trabajen estos temas requieran orientación y supervisión que incluya 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.

Brindar atención a la salud mental a personas migrantes, en los centros de salud de primer nivel, tiene diferencias notables en cuanto a la forma de atención de los padecimientos físicos. Por un lado, está el estigma que se tiene de las afecciones a la salud mental, por el otro está la condición de inseguridad de la persona migrante. Pero también hay que considerar la perspectiva con la que el personal de salud trabaja, pues en su formación suele predominar un enfoque orientado a la psicopatología que se origina en la psiquiatría, y esto sesga protocolos de atención y las acciones que se pueda brindar.

Así como hay propuestas para brindar atención a la salud desde una visión de género, y de derechos humanos, también se puede brindar una atención desde la visión de las propias personas migrantes, en lo posible habrá que averiguar en qué consideran ellas que deberán ser atendidas en su salud mental, e ir incorporando esta información en los procedimientos de atención que se les brinda

En la atención a la salud de las personas migrantes se reconoce lo complejo de la situación de diversos grupos humanos, dependiendo del tipo de migración hay que pensar en los múltiples factores que llevan a la decisión de dejar su lugar de origen. El abordaje de su atención es fragmentado y parcial, sin considerar complicaciones que van más allá del ámbito propiamente clínico psiquiátrico, y esto dificulta conectar otros factores de tipo social, económico, e incluso histórico, que van más allá de lo clínico y que comprometen la salud mental. Darles 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, puede llegar a encontrarse con personas que requieren atención, ese equipo suele estar integrado por médico general o familiar, y de enfermería, más no por psiquiatras, psicólogos o enfermeras psiquiátricas. Ante los problemas asociados a las necesidades de salud, el equipo de salud requiere contar con la información y habilidades necesarias para atender casos con afecciones o crisis de salud mental, sobre todo si son personas migrantes además de ser mujeres, personas con discapacidad o adultos mayores (De la Fuente, 2014).

Por otro lado, según la OMS (2020) la tendencia a la atención a la salud mental es a la prevención en el primer nivel, con atención en la consulta externa y con un enfoque comunitario. En este sentido, y contando con la capacitación necesaria, el personal de la salud puede fungir como promotor del desarrollo humano más allá de un planteamiento biológico y de la salud física; puede participar desde un punto de vista psicosocial de la salud trabajando desde un enfoque de principios más que de técnicas, lo que brindaría la posibilidad de poder atender a personas migrantes en condición de vulnerabilidad.

Hay que considerar que la salud mental de los migrantes se ve afectada por otras condiciones que pocas veces se han tomado en cuenta, y por tal motivo se incluyen aquí. En un principio las afecciones a la salud mental se centraban en la atención a diferentes tipos de psicosis, trastornos de personalidad, trastornos afectivos como la depresión y ansiedad, trastornos del sueño y abuso de sustancias entre otros. En el caso de los migrantes sus afecciones a la salud mental se presentan en síndromes como el de Ulises, de resignación, desamparo aprendido, y otros de

naturaleza psicosocial, generalmente de tipo adaptativo, que se abordan en este manual como se señaló en la figura 2, y que se encuentran vinculados a diferencias culturales y distintos tipos de pérdidas como se verá a lo largo del manual.

En un principio no se reconocieron varias afecciones de los migrantes, y los padecimientos que les aquejaban no podían ser abordados con claridad considerando sus diferencias con otros grupos vulnerables. Poco a poco se fue reconociendo que distintos problemas de comportamiento que se habían investigado en institutos, hospitales y universidades tenían aplicaciones en diferentes escenarios. Tres de estos temas fueron la indefensión, también conocida como desamparo aprendido; otro fue la tipología familiar y un tercero fue la carencia de habilidades sociales ante el reconocimiento de un choque cultural.

Considerando lo anterior, un aspecto central en la atención a la salud mental de las personas migrantes y refugiadas es que, durante el proceso de migración se pueden padecer diferentes formas de pérdidas entre las que se incluye la pérdida de control en la relación con el entorno conocido. Esta circunstancia lleva a un proceso de incertidumbre que se puede convertir en lo que se conoce como indefensión o desamparo aprendido. Este desamparo puede evolucionar afectando a diferentes esferas de la vida de las personas, e incluso incrementa el riesgo de muerte, además se le suele confundir con depresión, pero es diferente de ésta (Seligman, 1975), como se verá posteriormente. Cuando se esté frente a casos de personas migrantes que pudieran presentar trastornos del sueño, ansiedad, miedo indefinido o tendencia a la irritabilidad, el personal de salud debe tener cuidado de identificar si estas personas se encuentran, o perciben, en estado de indefensión, la cual puede derivarse de los cambios propios de su travesía, de encontrarse bajo presión de diversos grupos ya sean políticos, criminales o sectas, o sus síntomas son resultado de un choque cultural que no es fácil manejar.

En los estudios hechos desde la investigación clínica psiquiátrica y la psicología cognitivo conductual, en relación a la salud mental, faltan elementos planteados a partir de la sociología, antropología, demografía y psicología social, para reconocer problemas derivados de la intimidación que reciben de diversos tipos de grupos y la

falta de control que deriva a alguna forma de indefensión o desamparo aprendido (Cooper J. 2001; Seligman, 1974).

Estos componentes generalmente no son considerados en los textos de psicoterapia a personas migrantes, para fines del presente documento se entiende por migrante a cualquier persona que está en desplazamiento geográfico, los inmigrantes son las personas que llegan de un país a otro, y los emigrantes son los que salen de su país de origen a otro distinto. Son diferentes condiciones de migración y, por lo general, en ellos se resalta más la presencia de depresión, ansiedad, trastornos del sueño, ataques de pánico, duelos no resueltos, estrés postraumático, irritación o ciertas formas de agresividad e intolerancia, que es algo que coincide con lo que señala Bravo (1992).

La OIM (2020) plantea que la experiencia clínica ha mostrado que hay sensaciones de malestar, inseguridad o ansiedad, así como ideas irracionales o sentimientos confusos son indicadores de lo que afecta a la salud mental de las personas migrantes y es necesario atender su impacto, reconocer su presencia, y pensar en otras opciones de atención pues, por ejemplo, en el caso de cambios en las creencias religiosas se ha llegado a generar conflictos familiares donde no los había (Hassan, 1990). En el caso de los migrantes que retornan, y han adoptado otros credos, la reintegración a sus comunidades de origen se hace más difícil, y el distanciamiento entre la familia se hace mayor con la presencia de conflictos personales que llegan a la violencia interpersonal.

Cuando cualquier persona tiene una red de apoyo social en su comunidad cuenta con una protección que le brinda su colectivo social, pero esto es lo que se debilita en una condición de migración. En este sentido en la figura 2 se ejemplifican algunos factores por los cuales las personas migrantes se pueden ver afectadas, presentando una perspectiva que no queda reducida a una visión psiquiátrica, más bien la complementa. En esta figura se representa que las condiciones de irregularidad migratoria suelen estar relacionadas con la condición de migración de las personas. Al mismo tiempo el encuentro con entornos desconocidos, y la presión de grupos, son dos factores que posibilitan llegar a un estado de **desamparo**

aprendido debido a relaciones inestables entre la persona y su entorno inmediato como se verá posteriormente.

FIG. 2. REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA BÁSICA DE FACTORES NO MÉDICOS QUE COMPROMETEN LA SALUD MENTAL DE MIGRANTES



La CMDPDH (2020) reporta que para las personas migrantes el riesgo no es solamente cuando están en tránsito a otro lugar, también hay riesgo si por algún motivo deben retornar, más aún si el retorno se realiza a un lugar que ya no es el que dejaron cuando se fueron; estos son cambios en las que las personas no suelen pensar que se darían, pareciera que el entorno del que salen no se moviera de alguna manera, y tampoco anticipan la forma en que pudieran cambiar las mismas personas que migran. Por su parte, la OIM (2020) plantea que las personas migrantes no solamente cargan con los deseos e inquietudes propias, también suelen cargar 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 son un espacio habitacional definido, relativa regularidad laboral y acceso a servicios, en comparación con quienes son migrantes, que además conforman un grupo muy diverso, pero los elementos aquí presentados son aplicables a personas migrantes.

## ALCANCE Y OBJETIVO DEL MANUAL DE SALUD MENTAL

El presente manual se orienta principalmente a la atención básica, a la salud mental, que pueda proporcionar el personal de salud en el servicio que se brinda a los casos de personas migrantes, principalmente en el primer nivel.

Considerando lo expuesto hasta ahora, el manual podrá ser utilizado como apoyo al personal de salud en la atención en los servicios de salud de las Américas y el Caribe, considerando aspectos generales básicos de afecciones a la salud mental de las personas migrantes. La información proporcionada en el manual es un complemento a los manuales, lineamientos y normativas que cada país brinda a su personal de salud.

### **Objetivo del manual**

El presente manual tiene la finalidad de ser un instrumento para orientar y capacitar al personal de salud de enfermería, medicina y trabajo social, mediante información concreta y clara, en elementos conceptuales, habilidades de atención, y desarrollo de estrategias básicas en consulta de primer nivel, en centros e instituciones de salud para personas migrantes con necesidades de atención en salud mental considerando un abordaje no farmacológico ni psiquiatrizado, con lo cual el personal de salud pueda fungir como orientador psicológico.

El presente objetivo se pretende lograr trabajando bajo los criterios de enfoque basado en evidencia en la atención a la salud mental.

Es necesario señalar que en diversas partes del manual se presentan diferentes casos, todos son reales, pero, con el fin de respetar la intimidad e identidad, se han cambiado el nombre de las personas, y algunos aspectos que pudieran permitir su identificación.

### **Indicaciones para el uso del manual**

El presente documento se deberá utilizar en forma secuenciada según las secciones que se aborden. A lo largo del documento se han incluido breves recuadros con cuestionarios, elaborados en relación al tema abordado, o indicaciones para la actividad que corresponda realizar.

Aunque se puedan realizar actividades individuales se recomienda procurar trabajar en relación con otras personas, con la finalidad de contar con diferentes ideas y

puntos de vista. Al finalizar la revisión del documento se espera que la lectora o lector del manual pueda desarrollar un programa aplicable a la medida de sus posibilidades, siempre considerando los planes y programas de salud vigentes en su comunidad. En lo posible se invita a que los cuestionarios individuales puedan ser posteriormente comentados y compartidos entre participantes y ponentes, con miras a buscar 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 como se viene trabajando en tu experiencia?

---

---

3. ¿Qué puedes reconocer de 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 consideras que se podrían atender?

---

---

5. ¿Cuáles son las posibilidades que reconoces pudieras tener para poder brindar apoyo y orientación para la salud mental de personas migrantes?

---

---

**SECCIÓN I: MARCO DE REFERENCIA**

## **IMPORTANCIA DE ATENDER LA SALUD MENTAL EN MIGRANTES**

A diferencia de otras áreas de la salud, la salud mental tiene la particularidad de referirse no solamente a un estado, sino que también es un conjunto de procesos adaptativos, y de actualización a lo largo de la vida de las personas. La salud mental implica que en todo momento las personas 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, y no necesariamente causan, las formas en que las personas viven lo que les afecta (Berenzon y Vargas, 2014; Bravo, 1992).

En el año 2004 la OMS hizo una revisión de sus propuestas de salud, y retomando lo planteado en 2001 definió a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo puede reconocer sus propias aptitudes para afrontar las presiones normales de la vida, en la cual puede trabajar de forma productiva y puede hacer contribuciones a su comunidad. Desde este planteamiento la OMS integra a la salud mental con la salud en general como una amplia 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” (OMS, 2018), en la definición de salud mental se cuidó respetar las diferencias culturales de todo tipo respetando las tres ideas de bienestar físico, bienestar social y bienestar mental.

La OMS y la OPS han elaborado diversos documentos, notas, manuales y guías en las que presentan lineamientos para hacer frente a las necesidades de la salud mental de las personas afectadas por diversidad de circunstancias y, en el presente caso, por las implicaciones del COVID-19 en la salud mental. Sin embargo, hay situaciones que suelen afectar las condiciones de la vida de las personas migrantes, pero que no han sido abordadas como alternativas para brindar una atención con una visión más social e inclusiva (OIM,2020).

A diferencia de otras afecciones, la salud mental tiene la particularidad de que no solamente puede tener un sustento biológico, sino que también está muy

comprometida por condiciones psicosociales en las que se reciben presiones, positivas y negativas, de otras personas.

De las decisiones y soluciones válidas y pertinentes en la vida, con los riesgos que se puedan correr, se hace posible la condición de bienestar al que pueden pretender llegar todos los individuos, y en el contexto actual con la presencia de la COVID-19, se hace indispensable tomar en cuenta la importancia de los derechos humanos.

La salud mental es una condición personal, que también se puede expresar en forma de comportamiento colectivo, y en la cual se tienen mecanismos de adaptación, aprendizaje, prevención, toma de decisiones y solución de problemas, se hacen proyecciones al momento inmediato y futuro, se desarrollan procesos de socialización que implican una mejor utilización tanto de las habilidades como de los recursos personales propios en las diferentes esferas de la vida para llevar una vida independiente, y permiten a las personas mantener su individualidad y autonomía.

La salud mental de las personas migrantes ocupa un lugar central y prioritario dentro de la atención para la población en general, más aún ante las condiciones tan cambiantes y confrontantes como las que tenemos debido a la pandemia por COVID-19.

Sánchez (2020) y Achotegui (2003) coinciden en que migrar siempre conlleva esfuerzo y dificultades, pero actualmente debido a la pandemia por COVID-19 todo un sector de migrantes está viviendo situaciones de estrés asociados a problemas con sus documentos, el trabajo, no poder traer a la familia, y demás problemas que están comprometiendo la aparición de unas patologías denominadas Síndrome de Ulises y Síndrome de Adaptación, que se abordarán posteriormente al igual que el desamparo aprendido. Para el mismo Achotegui el síndrome de Ulises se asocia a diversas formas de duelo por la pérdida de familia, cultura, entorno y seguridad; el síndrome de adaptación es un cuadro que combina síntomas depresivos como tristeza y llanto e incluso agresividad, con síntomas de ansiedad como son pensamientos recurrentes muchas veces irracionales, insomnio, irritabilidad con somatizaciones que incluyen cefaleas, fatiga, y síntomas confusionales manifestadas con pérdidas de memoria, atención, y confusión temporoespacial.

Pero muchos de estos malestares no siempre es necesario atenderlos con medicamento, se pueden atender mediante estrategias de orientación psicológica con sesiones breves en las cuales el personal de salud puede participar, u organizar, trabajando con estrategias grupales, acciones comunitarias, sesiones informativas y de apoyo.

## INTRODUCCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD A LA SALUD MENTAL

Los profesionales de la salud son el equipo de colaboradores que suelen encontrarse con diversidad de problemas que afectan la salud de las personas desde el primer nivel de atención y consulta externa, en el caso particular de lo que se expone en el presente manual se señala que el personal de salud puede colaborar en diversos aspectos, pero en concreto se abordarán cuatro elementos tal como se puede observar en la figura 3.

FIG. 3. REPRESENTACIÓN DE FORMAS DE APOYO QUE EL PERSONAL DE SALUD PUEDE BRINDAR A LA SALUD MENTAL DE PERSONAS MIGRANTES



El primero es el cuidado personal de la propia salud en general y de la propia salud mental en particular; el segundo aspecto es apoyar en el control que la persona migrante pueda tener del entorno en que se encuentre; el tercero es en el manejo y superación de la presión de grupos externos a los intereses de las personas migrantes; y el último es en contar con elementos que le ayuden a mantener una relación familiar funcional y saludable. Achotegui (2016) comenta que en el caso de la población migrante es frecuente confundir el tipo de problemáticas, y afecciones; por esta razón se recomienda que los profesionales de la salud deban

tener información de lo que podrían estar encontrando con personas migrantes que solicitan consulta, considerando que algunas veces lo que sucede son problemas propios de la salud mental, pero que no implican padecer trastornos psiquiátricos y pueden ser solamente problemas de adaptabilidad. En la figura 3 se puede notar que no se parte de planteamientos desde la psicopatología, no se busca formular diagnósticos en un principio. No se descarta el abordaje psiquiátrico cuando sea necesario, y dar el tratamiento que corresponda según lo observado, se trata de generar una visión de la salud mental en la cual el personal de salud complementaría los recursos profesionales con los que cuenta para tener la posibilidad de desarrollar estrategias no farmacológicas para la salud mental.

En las estrategias no farmacológicas se puede realizar una intervención breve, a manera de intervención en crisis, pues en población migrante no se cuenta con mucho tiempo para un tratamiento psicológico completo. Pero sí se puede trabajar en cuestiones de orientación y apoyo.

Actualmente el concepto de salud mental incluye la forma de acercarse a la cultura, el arte, la espiritualidad, la ciencia, al ambiente natural donde se desarrolla el curso de vida; no es solamente el bienestar físico, mental y social como se pensó por años. En 1999 Pedersen comentó que, a diferencia de las otras áreas de la medicina, la salud mental no se suele expresar por malestares físicamente reconocibles que relativamente faciliten su identificación, diagnóstico y tratamiento cuando hay los recursos para hacerlo, pero esos malestares sí pueden tener efectos físicos que dañan la salud del organismo y pueden estar asociados a carencias de tipo social. Muchas afecciones de la salud mental se originan a nivel bioquímico, o en la organización y estructura cerebral, y la mayor parte de las afecciones en la salud mental se expresan por patrones de comportamiento inadecuado que pueden poner en riesgo la vida, y salud física, de la propia persona y de quienes le rodean (De la Fuente, 2014).

El perfil de la consulta psiquiátrica ha cambiado considerablemente en los últimos años. El nuevo perfil de la consulta incluye violencia y maltrato a mujeres y niños que no depende solamente del crimen organizado, hay un aumento de trastornos alimenticios y psicofisiológicos que antes no existían, hay presencia de crisis de

angustia, fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, así como la automedicación como fenómeno cada vez más creciente, pero la depresión sigue siendo la afección predominante en los problemas de salud mental (De la Fuente, 2014; Jerez y Silva, 2014).

Desde el año 2018 la OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, pudiendo afrontar las tensiones cotidianas de la vida diaria, además puede trabajar de forma productiva y fructífera, es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de una persona y su comunidad.

Vivir en un estado saludable de salud mental implica que la persona percibe el entorno y se relaciona con él, de forma realista, funcional y preventiva. Se prepara para las crisis y problemas inevitables y disfruta los momentos que la vida le brinda; además su comportamiento lo lleva a cuidar la propia vida, la de otros y al entorno en que se encuentra. En la salud mental las crisis y el dolor también se viven en la justa dimensión, no se evitan no se niegan o disfrazan, se hace lo necesario para que las experiencias ocupen su lugar en la justa medida.

La salud mental afecta la forma en 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 esto se le considera como el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés.

Retomando lo planteado por la OMS (2019) se puede decir que las enfermedades mentales son trastornos psiquiátricos que pueden ser graves como la esquizofrenia, los trastornos de personalidad, trastornos paranoides, psicosis, depresiones crónicas y otras que dificultan, o impiden, el desarrollo de las capacidades funcionales estándar para la vida diaria que afectan a 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 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 que en el comportamiento de la persona hay 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 por mucho tiempo predominó la psiquiatría descriptiva, basada en el modelo médico, donde se describía el proceso de la enfermedad y se bosquejaban medidas de atención general, más de carácter físico y circunscritas al confinamiento en instituciones psiquiátricas. A inicios del siglo pasado aparecen teorías de la relación interpersonal y emocional como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, incluyendo, por tanto, necesidades de tratamiento conforme al ambiente donde se desarrolla la enfermedad mental, lo que propició nuevas funciones para la enfermería psiquiátrica, ya que desde entonces participa e interviene en el tratamiento comunitario, familiar y de grupo. Actualmente la atención a la salud y a la enfermedad mental sigue centrada en la patología del cerebro y del sistema nervioso en general, pero enriquecida por las aportaciones de otras disciplinas tales como la enfermería sociología y diferentes ramas de la psicología. Pero un aspecto que suele causar confusión dentro de los profesionales de la salud es la diversidad de enfoques y aproximaciones teóricas y conceptuales en el tema de la salud mental a partir de la psicología clínica, la psicopatología y la psicoterapia.

<b>Tabla 1. Clasificación de enfoques en la atención a la salud mental</b>				
<b>Enfoques</b>	<b>Escenarios de aplicación</b>			
<b>Teórico-conceptuales</b>	<b>Consulta clínica</b>	<b>Clínico institucional</b>	<b>Apoyo social albergues</b>	<b>Apoyo comunitario</b>
<b>Psicodinámico</b>	XXX	XXX	XX	XX
<b>Cognitivo-conductual</b>	XXX	XXX	XX	X
<b>Humanista</b>	XXX	XXX	XXX	XXX
<b>Psicosocial</b>	X	XX	XXX	XXX
<b>Transpersonal</b>		X		X

**Tabla de elaboración propia.**

En este sentido puede ser de utilidad aclarar que esta diversidad de opciones ha brindado diversas estrategias y recursos para poder abordar una amplia variedad de problemáticas emocionales y de comportamiento, tanto individual como grupal. De hecho, los diversos enfoques tienen diferente impacto en cuanto a duración, alcance y profundidad del cambio que se pueda lograr en diferentes ámbitos de aplicación como se muestra en la tabla 1. Los enfoques son independientes entre sí pero pueden ser complementarios, además la investigación en neurociencias empieza a abrir nuevos caminos en la vinculación y cambio de los enfoques (Bears, Connors y Paradiso, 2008).

Las celdas marcadas con X indican qué tan común es contar con los enfoques para atender la salud mental en diferentes ámbitos. El enfoque más conocido es el psicodinámico, el cual tuvo su origen en el psicoanálisis de Freud como pionero de la atención a la salud mental en hospitales y hospicios al igual que la llamada psicología profunda de Jung. A partir de estudios experimentales se desarrolló el enfoque cognitivo-conductual, casi a la par que el enfoque humanista, pero por la naturaleza de sus estrategias de tratamiento el enfoque cognitivo-conductual ha tenido más presencia en ámbitos clínicos institucionales y el enfoque humanista lo ha tenido en el ámbito comunitario. Dadas las propuestas de la OMS/OPS el enfoque psicosocial ha tenido más presencia en albergues y espacios comunitarios. El enfoque transpersonal cada día toma más presencia en el ámbito clínico y comunitario, pero aún falta mucha investigación para su reconocimiento en la consulta clínica y el ámbito clínico institucional.

Es necesario señalar que el enfoque transpersonal es de muy reciente incorporación en los planes de estudio de las universidades. Los cuatro enfoques restantes ya tienen una historia reconocida, y hay nuevos planteamientos en ellos que se han generado desde la investigación clínica, experimental y aplicada.

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

Tabla de elaboración propia.

### Cómo es un proceso terapéutico en salud mental

Retomando lo planteado por Cooper (2001) el proceso terapéutico consiste en una serie de sesiones, que pueden estar organizadas por bloques de diez a doce sesiones, con la finalidad de que la persona clarifique las situaciones que le han llevado a una situación de malestar, y se hace más consciente de lo que está haciendo, sintiendo y pensando sin tener claro cómo eso lo lleva a diversos conflictos o problemas. Es necesario tener presente que la posibilidad de asistir a varias sesiones depende del tipo de migración en que se encuentre la persona.

El mismo Cooper señala que el terapeuta facilita que el estado consciente de la persona se amplíe, con lo que se va dando cuenta de cómo la persona participa de las situaciones que está padeciendo, y cómo puede solucionarlo.

En general, un proceso terapéutico ayuda a reconocer y entender:

- El modo cómo se enfrenta a las situaciones que le causan problemas.
- La forma en que se toman decisiones que comprometen la propia seguridad.
- La forma en que construye pensamientos que puede tener y comprometen su estilo de vida.
- La forma en la que se relaciona con otros.
- Cuáles son los significados que asocia a ciertas personas, eventos u objetos

- De qué manera reacciona ante circunstancias o personas
- De qué manera repercute en los demás la forma de ser de la persona.
- Cuáles son las formas en que boicotea los propios logros
- De qué manera ha construido sus propias experiencias en el mundo y cómo las personas influyen en su modo de ser y vivir.

Hay muchos modelos de procesos terapéuticos, pero en la figura 4 se presenta uno que se retoma de la terapia Gestalt, y dicho modelo incluye procesos básicos a nivel de 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.



Esquema tomado y adaptado de Zinker 2000

Dados los fundamentos de la formación del personal de salud, ya se tiene un precedente de las reacciones naturales del organismo ante diferentes fuentes de estimulación, el personal de salud debe aprender a identificar los procesos que se presentan en el organismo y que fueron retomados por Zinker. Por otro lado, también se requiere tener presente que una cosa es el proceso psicoterapéutico en sí y otra diferente es saber que hay acciones en la atención al paciente que son

terapéuticas por sí mismas, pero no es su finalidad principal. Por eso es importante tener en cuenta el proceso psicoterapéutico como un tratamiento ante diversos problemas que afectan la salud mental (Fuentes y Lorenzo. S.F.; Rogers 1982).

### **Fase 1: Evaluación**

La primera fase del proceso es realizar alguna forma de evaluación y su duración puede ser de una a dos sesiones.

En esta fase el psicólogo se centra en recopilar la información pertinente al motivo que lleva a la terapia, de esa forma podrá establecer un plan o estrategia adecuada. La etapa de evaluación es fundamental, y se dejan claros los objetivos y la dinámica del proceso. En este momento se debe presentar el nivel de atención que se requiera, o se pueda brindar; es posible que se requieran de dos a tres sesiones para apoyar en una crisis, se puede trabajar con enfoque de terapia breve de diez a doce sesiones, se puede trabajar con un programa con metas definidas de tiempo variable, o se especifica que se puede trabajar por un tiempo prolongado.

Esta fase es la primera que se debe abordar, pero en el caso de los migrantes se tiene la condición de la restricción temporal. Por esta razón no es posible una evaluación completa, además depende del enfoque psicológico con el que se trabaje y las condiciones particulares del caso. Hoy en día se discute el peso del tiempo que se dedica a obtener información en lugar de atender la necesidad, por esta razón en el caso de migrantes es recomendable que la evaluación se centre en cuatro puntos, el primero es explorar las necesidades inmediatas, el segundo es reconocer las peticiones del paciente, el tercero es el reconocimiento de los recursos psicosociales con los que cuenta, y el cuarto es en definir posibilidades.

### **Fase 2: Explicación de la hipótesis**

En esta fase se transmite la información relevante sobre la problemática del paciente. El profesional de la salud le guiará para entender qué ocurre, reconocer cómo se ha llegado a estar como se está, y cual plan de tratamiento le ayudará.

No hay una duración completa o cantidad de sesiones específicas para esta fase, pero pueden ser como mínimo una o dos sesiones. Serán las sesiones suficientes

como para recibir el análisis funcional, los objetivos de intervención y el plan de tratamiento para la solución.

### **Fase 3: Tratamiento**

Durante esta fase se reciben las nuevas estrategias que permitirán enfrentar los problemas, los síntomas del trastorno. Se podrá modificar pensamientos irracionales y reducir el malestar. Entre cada sesión se podrá recibir actividades para realizar, para poder generalizar los aprendizajes obtenidos en la sesión.

En un enfoque de terapia breve esta fase puede tener una duración de entre 8 y 12 sesiones. Todo va a depender del tipo de trastorno o problema de salud mental que se presente. Pero las personas migrantes tienen poco tiempo así que lo que se pueda trabajar hay que consolidarlo.

### **Fase 4: Redefinición**

Es posible que, después de iniciar el tratamiento en atención a salud mental, los avances logrados permitan que la persona, como paciente, revalore sus prioridades y cambie la forma en la cual se le ha venido apoyando. En este momento la prioridad lleva a revisar la problemática de la cual se había partido, y se cambia un proceso de psicoterapia a otro de orientación psicológica o asesoría.

### **Fase 5: Seguimiento**

En esta fase se persigue consolidar los cambios en fases 3 y/o 4 y mejorar, las sesiones se van haciendo más espaciadas con la finalidad de que el personal de salud, pueda asegurarse de que se mantienen los cambios y las mejoras se van consolidando más. Las estrategias aprendidas se van generalizando hasta el punto en que se pueden aplicar a otras situaciones.

### **Fase 6: Cierre y conclusión**

Esta es la fase final en la cual la persona misma notará su bienestar incrementado, al igual que su nivel de conciencia. Como orientador psicológico el personal de salud puede ir planificando un final que puede ser temporal o definitivo. Pero siempre dejando la puerta abierta en caso de una recaída o necesidad específica.

El proceso psicoterapéutico generalmente es a largo plazo, y los avances se van logrando progresivamente. Pero en el caso de la orientación psicológica con migrantes el tiempo es restringido, por tal razón la orientación debe ser muy puntual.

Se requiere tener paciencia y confiar en la orientación psicológica o emocional que se le brinde.

### **Salud mental en tiempo de la COVID-19 2020**

La movilidad de la población migrante se ha visto restringida ante las limitantes que los gobiernos, en todo el mundo, han impuesto a la movilidad de viajeros por el riesgo de contagio por COVID-19 y los costos asociados a su atención, además de reconocer que no se cuenta con una historia clínica accesible y completa.

Según los últimos datos, quienes han padecido COVID-19 se han visto afectados en pulmones y corazón, pero también se sospecha que hay daño a nivel de cerebro afectado las funciones neuropsicológicas a nivel cognitivo y afectivo, se desconoce la magnitud del daño en este aspecto, pero ya se reportan observaciones en este sentido y se empieza a reconocer la necesidad de brindar atención a quienes son migrantes y pudieran ser asintomáticos (FEDMA, 2020).

Los problemas de salud que presentan los migrantes y refugiados son similares a los del resto de la población, aunque puede que con una prevalencia más alta en algunos grupos. Los problemas de salud más frecuentes entre personas refugiadas y migrantes suelen encontrarse lesiones accidentales, hipotermia, quemaduras, accidentes cardiovasculares, complicaciones del embarazo y el parto, diabetes e hipertensión, y desnutrición. Las mujeres migrantes se enfrentan muchas veces a dificultades específicas, particularmente 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 abordar estos temas desde el enfoque de determinantes sociales de la salud.

De la Fuente (2020) ha señalado que la exposición de los migrantes a los riesgos derivados de los desplazamientos de población –trastornos psicosociales, problemas 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 problema principal con respecto a esas enfermedades es la interrupción de la atención, bien por falta de acceso a ella o a quienes la dispensan o por el desmoronamiento

de los sistemas de atención sanitaria; el desplazamiento desemboca en la interrupción del tratamiento continuo, crucial para las afecciones crónicas.

Como Secretario General de la ONU Antonio Guterres (2020), en forma conjunta con la OMS, recomienda encarecidamente ofrecer y efectuar controles de salud para velar por todas las personas refugiadas y migrantes que necesiten protección sanitaria y tengan acceso a cuidados de salud y brindarles la seguridad social a la que tienen derecho como personas. Tales controles deben efectuarse, para detectar tanto enfermedades transmisibles como no transmisibles, siempre respetando los derechos humanos y dignidad de los migrantes, cuidando que los resultados de los reconocimientos nunca se utilicen como excusa para expulsar a una persona refugiada o migrante de un país.

El personal de la salud debe tener en cuenta que los reconocimientos obligatorios suelen disuadir a los migrantes para que soliciten una revisión médica, y ponen en riesgo la detección de los pacientes que puedan presentar problemas delicados de salud.

Como parte de la cobertura sanitaria universal la OMS apoya las políticas que tienen la finalidad de ofrecer servicios de atención a la salud de migrantes y refugiados, independientemente de su condición jurídica. Todas y cada una de las personas desplazadas deben tener pleno acceso a un entorno acogedor, a medidas de prevención como lo es la vacunación y, cuando sea necesario, a atención sanitaria de calidad, sin discriminación por sexo, edad, religión, nacionalidad o raza. Esta es la forma más segura de garantizar que la población residente no esté expuesta innecesariamente a agentes infecciosos importados.

En el texto ya mencionado, De la 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 barreras a los servicios de salud, las malas condiciones de vida y de trabajo y la explotación, ponen en riesgos 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, ya sea en

situación regular o irregular, puedan acceder a los servicios de salud, sin temor a estigma, arresto o deportación, entre otras cosas.

### **Efectos de la COVID-19 en la salud mental de migrantes**

La OIM (2020), en un sondeo que desarrolló, a partir de junio del 2020, sobre los efectos de la pandemia en personas migrantes nacionales de América Central y México, encontró que la pandemia y las situaciones que provoca en la vida cotidiana, personal y laboral, también tienen repercusiones importantes en la salud mental. Por un lado se tiene un temor generalizado al contagio y sus consecuencias, por otro lado se ha dado un cambio radical en las rutinas y vida cotidiana en todos los aspectos de la vida de las personas. El distanciamiento físico, trabajar desde la casa o perder el empleo, así como el aislamiento y la incertidumbre, tienen un efecto directo en la salud mental. Lo anterior se ve reflejado también en la población migrante, siendo que el 59% reportó afectaciones a su salud mental.

Según la OIM las afectaciones reportadas con mayor frecuencia han sido el estrés, la tristeza y ansiedad, siendo padecimientos que pueden tener repercusiones somáticas intensas, por tal motivo se compromete la salud física de las personas.

Sin embargo, los riesgos no solamente están en los propios migrantes, sino que también hay riesgos que pudieran padecer sus familias y los temores que tienen al no poder hacer nada por ellas. En estas condiciones es común encontrar situaciones que llevan a una soledad asociada con el duelo.

### **EL PERSONAL DE SALUD Y ACTITUDES QUE FAVORECEN LA SALUD MENTAL**

Una de las principales preocupaciones del personal de salud es cómo garantizar que se está brindando la mejor atención al paciente, que se cumpla su tratamiento y cambie sus resistencias a la atención que se le brinda. La actitud del personal de salud es central en la forma en que es percibido por los pacientes y sus familiares, más aún en el caso de la atención que se brinda por la COVID-19, esas actitudes no son técnicas que se aplican de forma mecánica o programada, son formas de ser que cualquier persona puede desarrollar y expresar con naturalidad ante cualquier otra persona. Una idea importante a desarrollar es aprender a ver que la

salud no solamente depende de la atención física, ambiental y social que se le brinde al paciente, también depende del desarrollo de formas de comportamiento que implican el propio cuidado de su persona.

Rogers (1982), trabajando con personal de salud y educativo, planteaba que en todas las relaciones personales se expresan diferentes actitudes ante los demás, y la investigación en psicología realizada por Rogers, y orientada al desarrollo humano, ha encontrado que existen tres actitudes a las que se les llama actitudes básicas del cambio y, en sí mismas, son promotoras de la salud mental. Son actitudes que puede expresar cualquier persona en su relación con otros y haciendo que esa relación sea funcional, saludable y realista. Dichas actitudes que facilitan el bienestar son congruencia, empatía y aceptación incondicional.

La **congruencia** se define como la actitud en que la persona tiene un comportamiento consistente con la condición en la que se encuentra. Esta actitud se refiere a que la persona reconoce cómo se percibe y cómo se expresa ante otros, si está enojado entonces su expresión y comportamiento, su discurso y su sentimiento, son reconocidos como correspondientes al enojo y así es visto por otros, pero sin ser agredidos. La persona puede expresarles a otros que se siente enojado con ellos, pero no les agrede ni trata de suavizar las cosas para que otros estén mejor, sin reconocer cómo ella es afectada por lo que sucede.

Lo mismo pasa en la expresión de cualquier otro estado emocional sin exagerar las condiciones. Esta actitud incluye el reconocimiento de limitaciones personales propias, sentimientos de impotencia ante lo que sucede, satisfacción por los logros alcanzados, y mucho más. Por esta razón esta actitud es muy importante para el profesional de la salud que atiende a pacientes en condición crítica y le permite reconocer los límites a los que ha llegado.

En este caso se puede llegar al momento en que el personal de salud puede expresar “la noto molesta y preocupada...nosotros estamos igual y yo la atenderé lo mejor que se pueda”, esta es una expresión consistente con lo que pasa y con lo que se siente.

La **empatía** es la actitud en la cual la persona se puede poner en contacto con los demás como “estando en sus zapatos”, es decir que la persona puede percibir y

sentir el sentimiento y malestar de los demás. Con esta actitud en la relación personal uno puede identificar lo que pasa en la persona como si fuera algo propio, si hay dolor duele, si hay enojo entonces molesta, si hay alegría reconforta. El personal de salud puede sentir mucho cansancio y desasosiego que en realidad no es tanto de su propia persona, sino de las personas con las que trabaja, y esta situación puede llevar al colapso del personal de salud.

La tercera actitud es la ***aceptación incondicional*** y se refiere a actuar de tal forma que no se juzga a nadie en lo que haga y exprese a pesar de lo aberrante y molesto que pueda ser, requiere estar dispuesto a poder escuchar cualquier cosa que sea necesario expresar. Esta actitud implica una gran responsabilidad para el personal de salud pues los pone en una condición en la cual están dispuestos a escuchar y percibir lo peor de cualquier cosa que exprese la otra persona. Esto no quiere decir que se apruebe, que se está de acuerdo o que está bien lo que sucede, solamente brinda la oportunidad de diferenciar a la persona del comportamiento que expresa. Una cosa es el comportamiento y otra es la naturaleza de la persona.

Estas actitudes en el personal de salud no implican que se exponga cuestiones personales al paciente, pero sí implica que se le pueda expresar el momento en que se encuentra el personal y algunas de sus propias necesidades como por ejemplo “estamos trabajando para atenderle pero necesito que usted me apoye en algunas cosas...”, “veo qué difícil situación tiene usted, yo me sentiría igual y por eso considero que...”, “por lo visto todos estamos cansados y hay miedo, así que podemos buscar hacer algo para ...” y otras por el estilo.

## **NIVELES DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DEL PACIENTE**

Las personas que llegan a consulta externa se presentan con diferentes malestares, y padecimientos, que implican distinto nivel de atención. Al hacer una revisión general de la literatura sobre la atención a la salud mental, y retomando lo planteado por Cooper (2001) y por Gold y Striker (2001), se observa que la investigación en psicología clínica y psicoterapia permiten identificar que la atención se pueda proporcionar desde cuatro niveles posibles de atención.

**Atención al síntoma** es el primer nivel de atención a la persona, es el momento en el cual se tiene el problema, o crisis emergente, en su momento inmediato y más álgido. Puede ser un intento suicida, una crisis de llanto, miedo por sentir alguna amenaza, reacciones por intoxicación por drogas, o algo inmediato pero crítico. En este sentido se atiende el síntoma conteniéndolo y, en lo posible, minimizándolo en un primer momento.

El **tratamiento del problema** es el segundo nivel de atención a la persona. En esta fase se brinda una atención más dirigida y a lo largo de varias sesiones. Se trabaja definiendo cuál es la situación problemática y las posibilidades de abordaje para su solución.

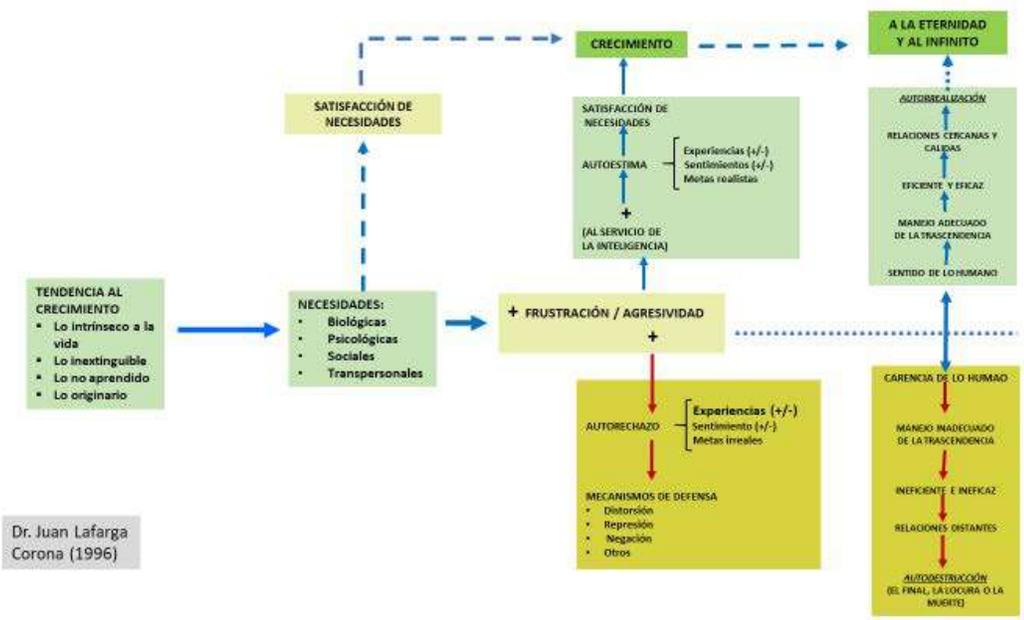
El tercer nivel es el de **desarrollo humano**. La persona busca un bienestar psicológico personal, los problemas que se le presentan le son manejables y no tan conflictivos. Simplemente busca ser una mejor persona.

El cuarto y último nivel es el de **búsqueda de trascendencia**. Es el nivel en el cual la persona busca hacer algo de la mayor importancia para ella y para otros. Es un momento en el cual la persona se compromete con proyectos que requieren mucha entrega, incluso sacrificio en cuanto a tiempo y esfuerzo.

Los dos primeros niveles son negativos para la salud, los últimos dos son positivos en la vida de la persona. Pero el primer nivel es muy común encontrarlo en la consulta externa y el personal de salud puede brindarle atención para después canalizar a donde corresponda.

Lafarga (1996) desarrolló un modelo de integración de los componentes de la salud mental y lo llamó Esquema Básico de la Salud (EBS) (Fig. 5), que puede ser de utilidad para el personal de enfermería, medicina y trabajo social, pues permite tener una idea de cómo fluye el desarrollo emocional, que lleva a la salud mental a la persona. Pero, 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 como por ejemplo dedicar tiempo a escuchar a la persona, preguntar por sus inquietudes, o permitirle llorar y reconocer su enojo.

FIG. 5. ESQUEMA BÁSICO PSICOLÓGICO DE LA SALUD MENTAL



La clave para abordar el esquema se da en el recuadro de **FRUSTRACIÓN / AGRESIVIDAD**, pues es en este punto en donde se presenta el origen de lo que lleva a la madurez o de lo que termina en la disfuncionalidad, la psicopatología o la muerte. Lo central es que la agresividad no se exprese de forma descontrolada, se trata de que tenga un soporte en el uso de la inteligencia que le dé cause.

El manejo inteligente de la agresividad posibilita el desarrollo de la autoestima entendida como el propio reconocimiento de la vida que se ha llevado valorando los logros de forma realista, y reconociendo lo negativo que se ha experimentado poniéndolo en su lugar existencial. Al no poder realizar esto la persona queda a merced de sus propios impulsos, que vienen desde sus necesidades, y queda expuesta a la manipulación y dominio de otros.

Algunos aspectos del EBS que le pueden ser de utilidad al personal de salud es que en primer lugar se le reconozca como una representación del desarrollo humano, no es un procedimiento rígido para abordar las necesidades de salud, es un recurso para poder identificar las pautas del proceso de desarrollo personal en el que se encuentra la persona o paciente, sobre esas pautas el personal de salud podrá decidir hacia dónde orientar sus acciones.

## **MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE DEFENSA**

Ser una persona migrante requiere exponerse a diversas circunstancias de las que no siempre se tiene consciencia. Se pueden tener formas de comportamiento no reconocidas como propias, y mucho de esto depende de si se está migrando en forma individual, en pareja o familia, o en grupo.

Howard (2019) y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016) han señalado que la experiencia de campo y clínica con migrantes lleva a reconocer que las formas de soporte que se reciben varían según la condición en la que se migra, pero cuando se hace en pareja o familia la presión aumenta pues se viaja pensando en que se debe cuidar que no pase nada grave. Un asunto de interés es cuando se migra en grupo, al migrar de forma colectiva, durante varios días, se activan procesos grupales presentes en toda forma de organización social; algunas serán positivas, brindan confianza y forman una red de apoyo, pero otras más pueden llevar al control de las relaciones interpersonales y permiten la construcción de vínculos emocionales que no siempre son los mejores pues surgen líderes o figuras dominantes en el grupo que pueden asumir el control de las decisiones del grupo.

El manejo de las relaciones y conflictos interpersonales se ve relacionado a muchas formas de lo que en psicoterapia se llama mecanismos de defensa y fueron descritos originalmente como parte de la teoría del psicoanálisis, donde se les consideraba como formas de protección del yo. Dichos mecanismos no resuelven los conflictos, pero sí permiten que la persona pueda manejarlos mejor aunque sea de forma irreal, y por esto llegan a 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 en día el concepto de los mecanismos de defensa no es exclusivo de psicólogos con orientación psicoanalítica, también los gestaltistas, los humanistas rogerianos y los existencialistas, lo mismo que algunos conductistas han encontrado diferentes 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 son los obstáculos principales para el desarrollo psicológico, y la forma que generalmente toma esta falta de equilibrio consiste en que uno siente que los límites sociales y ambientales van mucho más allá dentro de uno mismo; desde el enfoque gestáltico la neurosis consiste en maniobras defensivas cuyo objetivo es protegernos y equilibrarnos en este mundo contra el cual chocamos, dichas maniobras o mecanismos de defensa son la introyección, la proyección, la confluencia y la retroflexión; su presencia impide el desarrollo y crecimiento de la persona.

Algunos psicólogos humanistas piensan que los mecanismos de defensa no solo protegen a las personas de aspectos desagradables sino también de aspectos agradables, que la persona percibe como censurables, y entre los mecanismos de defensa incluyen la represión y la distorsión.

En la psicodinámica freudiana se supone un conflicto básico en el que hay una lucha contra las tendencias instintivas reprimidas, en la neofreudiana se da dicho conflicto entre la interiorización de las figuras de los adultos contra los adultos significativos; pero en la posición existencial el conflicto básico es un conflicto que emana de enfrentamiento del individuo con los supuestos esenciales que ineludiblemente 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 cada una de las cuatro preocupaciones esenciales, su enfoque conserva la estructura dinámica básica trazada por Freud, pero modifica radicalmente su contenido, así la fórmula según la cual:



se reemplaza por otra en la que el contenido es:



CONCIENCIA DE  
LA  
PREOCUPACION  
EXISTENCIAL

ANGUSTIA

MECANISMO DE  
DEFENSA

En la primera fórmula la angustia es una señal de peligro para dar rienda suelta a las pulsiones instintivas, en ella los mecanismos de defensa restringen la gratificación directa de los instintos. En la segunda la angustia surge del miedo a la muerte, la libertad, el aislamiento existencial y la carencia de un sentido vital, en este caso los mecanismos de defensa son de dos tipos; en el primero se consideran los mecanismos convencionales de Freud que defienden al individuo de la angustia general sin tener en cuenta su origen.

En el segundo, Yalom incluye los mecanismos de defensa específicos, que tienen la función específica de proteger al individuo frente a cada uno de los temores existenciales primarios; estos mecanismos son básicamente dos, el primero es la creencia de que se es específicamente distinto y el segundo es la creencia en un salvador omnipresente y omnipotente. Para el tema que nos interesa, el personal de salud debe entender que la decisión de migrar es, de hecho, una decisión existencial de enorme trascendencia. A partir de esa decisión la visión personal de la vida ya no puede ser vista como antes, los cambios generados se convierten en una fuente de angustia para las nuevas condiciones.

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 irremediablemente el desarrollo y la experiencia.

Hay dos diferencias básicas entre los dos enfoques dinámicos, una es que por una parte los mecanismos freudianos parten de los impulsos y los mecanismos existenciales se basan en la conciencia y el temor; por otro lado, el concepto de "profundidad" para Freud implica necesariamente excavar en el tiempo cronológico y según Yalom en el enfoque existencial lo importante es el presente que se convierte en futuro, no trata de pensar en el proceso a través del cual

llegamos a ser como somos, sino en cómo somos centrándose en la propia situación existencial.

Durante la consulta, el personal de salud se puede encontrar que al hacer la entrevista los pacientes tienen diversas formas de comportamiento que comprometen la atención que se les pueda brindar. No se trata de quitar los mecanismos de defensa, ni de llegar a que la persona los deje de usar; se trata de establecer una comunicación que permita que la persona se pueda comunicar de forma natural y auténtica con el personal médico, de enfermería e incluso de trabajo social, por tal motivo es importante trabajar con las actitudes básicas del cambio.

Actuar con patrones de comportamiento comprometidos por mecanismos de defensa tiene diversas implicaciones para la salud y la vida diaria, pues se distorsionan los criterios con los que se emiten juicios, y muchas decisiones parecen no tener lógica y ser absurdas, pero son formas de actuar con las que las personas manejan su entorno, más aún si en proceso de migración se encuentran en un ambiente desconocido. Los mecanismos de defensa no siempre son inconscientes, algunos son conscientes y tienen la misma finalidad de proteger a la persona, en función de lo anterior se pueden definir los mecanismos de defensa considerados en las diferentes aproximaciones psicoterapéuticas, los primeros quince son propios del psicoanálisis, los siguientes tres, más la proyección se ubican en la terapia Gestalt, la represión y la distorsión son considerados por Carl Rogers y los humanistas, los últimos dos son propios del existencialismo (Quintanar, 2007).

1. *Represión*. Es el mecanismo básico de los otros mecanismos de defensa, consiste en la expulsión del campo de la consciencia de toda idea, sensación, tendencia, sentimiento, recuerdo e impulso que sea amenazador para el yo. Para algunos humanistas, entre ellos Rogers, la represión no sólo se da ante lo desagradable sino también ante las sensaciones o experiencias agradables. Es decir que la gente no sólo se defiende de lo malo sino también tiende a defenderse de lo grato cuando no está acostumbrada a recibirlo.

2. *Racionalización*. Es un mecanismo que consiste en tener explicaciones racionales, lógicas y éticas para explicarse 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. Consiste en atribuir a otros impulsos, pensamientos o acciones que son 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*. En este caso un elemento perturbador es tomado por la persona y lo generaliza como parte de un todo, o bien reemplaza a un objeto o situación que provocaría mucha angustia. Incluso una imagen o idea puede ser substituida por otra aunque su vinculación sea poco lógica.
6. *Identificación*. Es un mecanismo en el que un impulso inaceptable puede ser aceptable negándolo en uno mismo, pero identificándose en alguien que lo personifica.
7. *Formación reactiva*. Las tendencias o impulsos inaceptables permanecen inconscientes para la persona, pero dichos impulsos o ideas se manifiestan con conductas opuestas a su naturaleza se puede identificar por su exceso, su rigidez y su extravagancia. Se actúa procurando que el impulso que se rechaza deba ser disfrazado una y otra vez.
8. *Substitución*. En este mecanismo un objeto deseado y muy valorado, pero inalcanzable es reemplazado por otro que puede ser tomado y aceptado y posee características similares al primero. Algunos lo consideran un tipo de desplazamiento.
9. *Regresión*. En este mecanismo el yo se retira dejando paso a comportamientos de épocas pasadas en las que dominaban otras estructuras intrapsíquicas menos amenazantes o más satisfactorias, como cuando lo eran en la infancia.
10. *Conversión*. Es el mecanismo mediante el cual 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*. La persona substituye alguna deficiencia propia, física o en su personalidad, haciendo resaltar algún rasgo personal que considera valioso.

12. *Resistencia*. La persona no coopera e incluso puede sabotear el proceso terapéutico, a niveles inconscientes, cuando dice tener pleno deseo de cooperar y seguir el proceso.

13. *Negación*. La negación consiste en tratar de no aceptar como real un evento que perturba al ego y se puede presentar en la capacidad de recordar hechos en forma incorrecta.

14. *Aislamiento*. Se separan las partes de una situación que suscita ansiedad, del resto de la psique, de tal manera que haya poca o ninguna reacción emocional relacionada con el suceso, el acto o la expresión verbal van descargadas de sentimiento. El aislamiento también se puede dar desde el pensamiento lógico con el que la persona trata de desprender el contenido de la situación emocional en que se encuentra. El 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.

15. *Pensamiento mágico*. Consiste en que la persona en vez de aceptar alguna responsabilidad tiende a atribuirla a una circunstancia mágica o fortuita y a actuar con alguna forma de fascinación.

16. *Introyección o "tragarse todo"*. Según la terapia Gestalt este es un mecanismo de defensa contrario a la proyección. En este caso los individuos incorporan prototipos, actitudes y formas de acción y de pensamiento que no les pertenecen, que no asimilan o digieren suficientemente para hacerlas propias. En este caso las personas encuentran muy difícil distinguir entre lo que realmente sienten, lo que otros quieren que ellos sientan, o simplemente lo que otros sienten. La introyección también puede constituir una fuerza de desintegración de la personalidad pues, si los conceptos y actitudes que se tragan o incorporan son incompatibles entre sí, los individuos que tienden a introyectar se van a sentir hechos pedazos.

17. *Confluencia*. Es el mecanismo en el cual según la terapia Gestalt el individuo no nota ningún límite entre uno mismo y el medio. La confluencia no permite ni tolerar las diferencias que hay entre las personas, pues el individuo no puede aceptar la sensación de limitación. 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 cuatro mecanismos de defensa gestálticos, significa doblar hacia atrás, la persona se vuelve contra sí misma volviéndose sujeto y objeto de todas las acciones. La principal función de los mecanismos de defensa gestálticos es confundir la discriminación de límites.

19. *Distorsión*. Es un mecanismo defensivo de tipo consciente en el que se disfraza la realidad para que parezca mejor, según lo plantean los psicólogos humanistas.

20. *Creencia en que se es especialmente distinto*. Este es un mecanismo identificado por Yalom (1984) en la psicoterapia existencial. En este caso la persona cree en lo más profundo de sí que la inexorabilidad de la mortalidad es para los demás, pero no para él mismo.

21. *Creencia en un salvador*. Es el segundo mecanismo de defensa existencial identificado hasta ahora, aquí la persona cree que existe un interceptor personal omnipresente, una fuerza o ser que nos observa, ama y protege eternamente. Este mecanismo y el anterior son los que protegen al yo de las cuatro preocupaciones esenciales que subyacen a toda existencia humana.

22. *Evasión*. Se evita encontrar, o realizar algo, que suele percibirse como amenazante.

Una vez que se procede a integrar el estudio del paciente, incluyendo la batería de pruebas correspondiente, se da un paso que considero el más comprometedor de todos pues con él legitimamos un discurso y una visión de la realidad, que muchas veces tiene limitaciones serias y muchas implicaciones para el paciente. Si conservamos solamente la visión médica corremos el riesgo de ignorar la parte existencial y social del individuo.

Considero necesario tener presentes los mecanismos de defensa aquí expuestos, pues son reacciones naturales, espontáneas y no conscientes ni lógicas, pero tienen su lógica, con los cuales todos los seres humanos hacemos frente a tensiones,

amenazas y eventos críticos en la vida. En el caso de la caravana migrante una reportera (Zermeño, 2018) entrevistó a personas que se habían quedado bloqueadas en la frontera con Estados Unidos, cuando ella les preguntó si tenía sentido lo que les estaba pasando llamó la atención que las respuestas fueron coincidentes, las personas respondían “si esto es lo que quiere dios así será”, “Estas 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”. Lo interesante de estas expresiones es que se exponían cargadas de sentimiento, pero sin argumentos, solamente se exponían creencias personales, además la presión del grupo parecía validar las demandas.

## **MIGRACION E INDEFENSIÓN APRENDIDA**

Dadas las condiciones de la pandemia por COVID-19 se han presentado una serie de reacciones sociales que van desde la incredulidad hasta el reto de la exposición al contagio. Pero esta pandemia afecta más a las personas en condición de vulnerabilidad, y en el presente manual se busca priorizar las implicaciones que se presenten en migrantes, estén o no afectados por COVID-19, pues también es una forma de responder a las peticiones de la ONU y de la OMS de atender la salud mental de la población a nivel mundial tal como se ha señalado previamente. Responder a esta petición también requiere cambiar la visión desde la cual se ha estado trabajando y tomar en cuenta otras afecciones que se presentan en población migrante, y de las cuales un ejemplo es el desamparo aprendido.

En 1975 Seligman reporta, en su libro “Indefensión”, 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 sus colaboradores, quienes presentan 170 casos de muertes repentinas durante estados de alta tensión psicológica. Clasifica los contextos psicológicos de los casos de muerte en ocho categorías. Las cinco primeras cumplen los componentes de indefensión o desamparo aprendido, pero también se confunden con factores de riesgo suicida.

- a) La enfermedad o muerte de un ser querido.
- b) Duelo agudo.
- c) Amenaza de pérdida de un ser querido.
- d) Defunción de un ser querido o aniversario de defunción.
- e) Pérdida de estatus, reconocimiento y autoestima.
- f) Durante un proceso de rescate.
- g) Presencia de situaciones peligrosas.
- h) Durante finales felices.

Seligman señaló que, aunque la causa inmediata de muerte generalmente era un fallo cardíaco, este puede ser precedido tanto por un estado intenso de sometimiento como por la agitación, pero el reporte del estado psicológico mostraba que el desamparo aprendido y la desesperanza eran las emociones más extendidas. Dadas las condiciones del entorno en el que se encontraban, y los eventos que se presentaban, las personas aprendían a quedar desamparadas, pero en un estado de estrés intenso sin poder procesar las relaciones de 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 que son independientes de su comportamiento, se forma la expectativa de que en el futuro tampoco habrá consecuencias de sus respuestas, esto genera diferentes tipos de déficit cognitivos, motivacionales y emotivos, que también se pueden observar en migrantes, dadas las desvinculaciones que deben realizar de su lugar de origen, según el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016).

El concepto de indefensión o desamparo aprendido surgió desde los años de 1969 a 1975, y ha evolucionado incorporando otros elementos aplicados en diversos escenarios, incluyendo la educación, la salud y la migración, llegando a la llamada psicología positiva (Seligman, 1975; Achotegui, 2003; García-Vega, 2010).

Siguiendo a Seligman, este modelo se estructura en función de tres componentes:

1. Una condición medioambiental en la cual se asume la existencia de una causa externa que sería la existencia de una situación aversiva traumática cuya condición incontrolable genera la situación que desencadena el desamparo aprendido.

2. Un mecanismo específicamente cognitivo que implica la capacidad del individuo para percibir la no vinculación entre sus propias respuestas y las consecuencias negativas o aversivas. También implica una representación subjetiva de dicha ausencia de contingencia o vinculación, que conlleva a la formación de expectativas negativas. Por último, se tiene la posibilidad de modular estas expectativas y el grado de indefensión mediante nuevos factores, que se convertirían en factores de vulnerabilidad para la adquisición y desarrollo de la indefensión o desamparo.

3. Consecuencias del comportamiento considerando componentes que lo definen en forma consecuente con la indefensión aprendida, se estructuran sobre tres tipos de déficit relacionados:

- Déficit cognitivo-asociativo que se fundamenta en la propia formación de expectativas de no consecuencias futuras entre el comportamiento y eventos que lo mantienen.
- Déficits motivacionales que dependen también de un mecanismo cognitivo y se caracterizan por la ausencia de incentivos para reaccionar o responder.
- Déficit emotivo-fisiológicos que se producirían cuando la situación es especialmente traumática. En este caso, Seligman asume que inicialmente se produce un estado de ansiedad (caracterizado por miedo, activación fisiológica y mayor cantidad de úlceras), para posteriormente generar un estado de depresión, cuando la persona vivencia la situación aversiva como incontrolable.

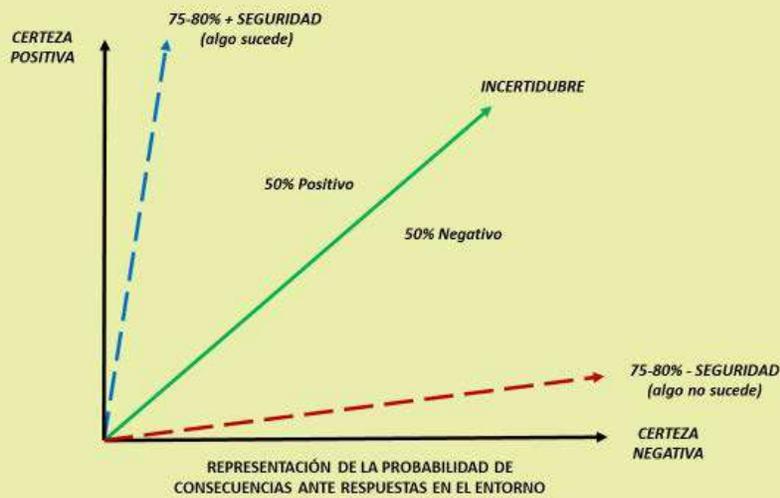
Esquemáticamente se puede representar un cuadro comparativo de los rasgos comunes entre el desamparo aprendido y la depresión como se ve en la tabla 3, en la cual se nota que tienen varios puntos en común, pero su origen es diferente. Hoy se reconoce que las personas migrantes pueden presentar varios de estos puntos, y también se pueden atender con los llamados tratamientos no-farmacológicos en los que se incluye terapia cognitivo-conductual, terapia Gestalt, apoyo grupal, apoyo en comunidades, y terapia de arte entre otras.

<b>TABLA 3</b> <b>RESUMEN DE LOS RASGOS COMUNES AL DESAMPARO APRENDIDO Y A LA DEPRESIÓN</b> <b>(SELIGMAN 1975)</b>		
CONDICIONES	DESAMPARO APRENDIDO	DEPRESIÓN
Origen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Situación traumática inicial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Situación aversiva incontrolada.</li> </ul>
Síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasividad.</li> <li>Dificultad para aprender que las respuestas producen alivio.</li> <li>Se disipa con el tiempo.</li> <li>Falta de agresión.</li> <li>Pérdida de peso, de apetito, déficits sociales y sexuales.</li> <li>Disminución de norepinefrina y actividad colinérgica.</li> <li>Úlceras y tensión.</li> <li>Sentimiento de vulnerabilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasividad.</li> <li>Disposición cognitiva negativa.</li> <li>Curso temporal.</li> <li>Hostilidad introyectada.</li> <li>Pérdida de peso, pérdida de apetito, déficits sociales y sexuales.</li> <li>Descenso de norepinefrina y actividad colinérgica.</li> <li>Úlceras (¿) y tensión.</li> <li>Sentimientos minusvalía.</li> </ul>
Causa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprender que las respuestas y sus consecuencia son independientes entre sí.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creencias en la inutilidad de la respuesta.</li> </ul>
Curación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia directiva que incluya una exposición forzada a respuestas que producen algún tipo de consecuencias.</li> <li>Descarga electroconvulsiva.</li> <li>Tiempo.</li> <li>Anticolinérgicos; estimulantes de la norepinefrina (¿).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recuperación de nuevos vínculos personales.</li> <li>Recuperación de la creencia de que responder produce algunas consecuencias claras.</li> <li>Descarga electroconvulsiva.</li> <li>Tiempo.</li> <li>Estimulantes de anticolinérgicos y de la norepinefrina (¿)</li> </ul>
Prevención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inmunización por dominio de consecuencias.</li> <li>Aprendizaje de reconocimiento de escenarios cotidianos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de redes sociales y un estilo de vida preventivo.</li> <li>Modificación de actitudes controladoras de los sucesos de la vida y liberación de condiciones.</li> </ul>

**Fuente. Tabla adaptada de la propuesta originalmente por Seligman (1975).**

La relación tradicional médico-paciente no está pensada para proporcionar al paciente un sentido de control del nuevo entorno clínico en el que se pueda encontrar. Estar hospitalizado, viéndose desprovisto del control sobre las cosas más elementales, como la hora de levantarse o qué desayuno tomar, puede ayudar a una mayor eficacia hospitalaria pero no necesariamente ayuda a la salud mental. Las técnicas de terapia directiva pueden servir mucho 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 sus recursos personales, apoyo con conocidos para poder tomar decisiones, medios y formas de comunicación con su lugar de origen; por este motivo es importante diferenciar las ideas racionales y las irracionales. Aclarar esas ideas, y cambiar el sistema de creencias, permite una lectura diferente de la realidad y retomar un control del entorno y ponderar mejor los riesgos como se muestra en la Fig. 6.

FIG. 6. ESQUEMA BÁSICO DE REACCIONES PARA DESAMPARO APRENDIDO



Fuente: Figura retomada de Seligman, 1975.

El desamparo aprendido tiene varios componentes, como la tristeza, trastornos del sueño, confusión y apatía, que comparte con el síndrome de resignación que menciona Sánchez (2020); se puede decir que la resignación es una forma de desamparo que minimiza las opciones de elección que la persona pudiera realizar, incluso puede llevar a la inmovilidad que termina en altos riesgos de salud como ha pasado en casos de Suecia llegados por la guerra de Kosovo, lo cual coincide con lo señalado por Howard M. (2019) quien comenta resultados similares con migrantes de Indonesia a la India. En casos extremos de desamparo aprendido la posesión de un sentido de control puede equivaler a la diferencia entre la vida y la muerte (Seligman, 1975).

Vázquez (2019) reporta que en el caso de los migrantes sudamericanos que transitan por México rumbo a Estados Unidos se encuentran con riesgos como extorsión por parte de autoridades corruptas y pandillas, robo de dinero y pertenencias, secuestro, amenazas a la vida y familia, así como miedo, hambre y debilitamiento. Todos estos riesgos son desencadenantes de estados de desamparo y del síndrome de resignación.

## LA PRESIÓN SOCIAL COMO RIESGO PARA LA PERSONA MIGRANTE

Martínez y Martínez (2018) resaltan la idea de que las personas migrantes son personas con iniciativa, proactivas y con proyectos personales que los impulsan a buscar algo mejor. Pero las personas que se encuentran en condición de migrantes suelen tener muchos riesgos psicosociales, tales como la extorsión de pandillas y autoridades corruptas, pérdidas de dinero y bienes materiales, naturalización de la violencia que reciben, que pocas veces, o nunca, han sido abordados en las consultas en salud. La presión psicosocial, externa a las personas, no es la generalidad en los grupos de personas migrantes, pero es un riesgo persistente para quienes migran en condiciones de irregularidad, y el personal de salud puede ayudar brindando señales de alerta a estas personas o a las autoridades.

Hace falta mayor investigación sobre el impacto de la presión de los grupos sociales sobre personas migrantes, sí hay experiencia clínica con personas que se han encontrado en condiciones de engaño y manipulación generándoles ansiedad, trastornos del sueño, pánico y depresión, que también se expresa con agresión y no sólo con tristeza como es el caso 1 con el cual el autor de este documento tuvo oportunidad de trabajar.

### **Caso 1. Petra y la presión social**

*Petra es una mujer adulta mayor dedicada al trabajo sexual. Ella salió de casa de sus padres, que vivían en una ranchería en la frontera con Guatemala, cuando tenía apenas catorce años, creció con un leve retraso cognitivo y se dedicaba al trabajo de campo. Con el tiempo ella conoció a un joven llamado Domingo, siete años mayor que ella, de quien dice que se la robó y se la llevó con él, pero no tenía un lugar fijo donde vivir así que viajaban constantemente y dormían en cualquier lugar. Domingo quería irse a trabajar a Estados Unidos, pero la llevó a trabajar a las cantinas y bares de los poblados a donde llegaban. Ahí Domingo le exigía que hablara con los clientes, pero ella trataba de evitar eso. Petra dice que él sí la quería pero que no la entendía y la dejó en una cantina sin regresar por ella.*

*En ese lugar Petra empezó a ser asediada por los hombres y engañada por dos mujeres, ellas la presionaban para hacer lo que le indicaban, Petra no quería,*

*pero estaba sola y nadie la podía apoyar y así fue como se inició en la prostitución. Decidió salirse de donde estaba y viajar a la ciudad de México para buscar trabajar de empleada doméstica, pero al no poder conseguir ese trabajo volvió a la prostitución, en parques y mercados, y vivía en la calle durmiendo donde podía y comiendo lo que le alcanzaba; así fue como se le encontró y se le invitó a ir a vivir a una casa hogar para mujeres mayores y trabajadoras sexuales. Petra se fue para allá y, por influencia de otras compañeras de espacio, poco a poco se fue vinculando al credo de la Santa Muerte y la Virgen de Guadalupe, así llenó su cuarto con varios detalles y objetos de sus creencias. Llegó con problemas de salud, sin especificar cuáles, y las compañeras le prepararon varios remedios que ella se tomó.*

*Con el tiempo Petra desarrolló diversas afecciones como diabetes, hipertensión, problemas del hígado y cataratas. Cuatro veces estuvo al borde de la muerte, pero lograba recuperarse, cada vez con más problemas. Pero cuando iba a consulta al centro de salud la atención no le era brindada de la manera adecuada, muchas veces se le daban indicaciones que ella no entendía, aunque respondiera que le había quedado claro lo que le pedían. Tampoco se tomaba en cuenta la inestabilidad en la cual había vivido y su creencia religiosa; cada vez que Petra asistía a consulta terminaba discutiendo con el personal de enfermería al que agredía con frecuencia, incluso físicamente, pero ante la presencia de un médico varón se contenía aún cuando no se calmaba del todo, y si la atendía una mujer se tranquilizaba más.*

*Al entrevistarla, un día que fue a consulta, Petra tuvo la oportunidad de hablar sobre lo que pasó. Ella comentó que quería mucho a Domingo pero que un día él se dio cuenta de quién es ella y entonces la dejó. Ese darse cuenta fue reconocer que ella tenía algunos problemas de tipo cognitivo; además comentó que para ella fue muy difícil negarse a lo que le pedían, se sentía muy abrumada y sin apoyo de nadie.*

El caso anterior muestra cómo hay diversas formas de encontrarse bajo presión social, sobre todo al estar en condición de soledad, tal como se observa en el trato que Domingo y las dos mujeres le daban a Petra.

La presión social puede venir por diferentes vías tales como grupos religiosos y sectas, grupos políticos, y grupos delictivos, sobre todo los dedicados a la trata de personas. Desde 1990 el psicólogo Hassan expuso que, en el caso de las sectas destructivas, ser un participante exigente puede ayudar a salvar la estabilidad mental de la persona. Si alguna vez ella es abordada por alguien que intenta sonsacarle información sobre ella misma, o le invita a participar en un programa, se le puede formular algunas preguntas muy concretas que ayudarán a eludir a más del 90% de los reclutadores de las sectas religiosas.

A pesar de que muchos de los grupos utilizan el engaño, es importante tener presente que la mayor parte de los adeptos no se dan cuenta de que mienten en el proceso de reclutamiento. Por este motivo, al formular preguntas directas una tras otra podrá descubrir si le están contando una historia falsa, o si el adepto no sabe que está mintiendo. Estas preguntas serán más efectivas si se formulan de forma muy directa pero amistosa, y exige respuestas muy concretas.

Dado que a los miembros de los grupos sectarios se les ha entrenado para evitar los pensamientos negativos sobre el grupo, las respuestas serán con frecuencia poco concretas. Entre las técnicas más comunes de los reclutadores figuran el uso de generalidades indecisas, observaciones evasivas e intentos de cambiar de tema como decir “Tratamos de ayudar a la gente a superar sus problemas”, o “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”, deben despertar sospechas. Hassan señala que los comentarios evasivos como por ejemplo, “Comprendo que se muestre escéptico y con desconfianza; yo también 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 mucho a que las personas migrantes soporten la presión social que ejercen los reclutadores de sectas, o incluso grupos políticos. Sobre todo, cuando se les puede orientar a formular preguntas directas y profundas

hacia el reclutador, pues estos suelen hacer uso de la culpa y miedo. Algunas de las preguntas que pueden formular se incluyen a continuación y han demostrado ser efectivas (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 como se abordarán en breve.

El personal de salud 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. Esto no es así, hay estrategias de persuasión muy finas que se apoyan en esta creencia, muchos grupos sectarios y políticos la utilizan, y la fuerza de la presión social puede ser muy sutil envuelta en la apariencia de buenas intenciones que buscan apoyar al desprotegido. En esta condición el personal de salud puede apoyar más a las personas migrantes orientando en cómo mantener su salud mental, y avisándole de los posibles riesgos y cómo prevenirlos, incluso de mostrarles a dónde acudir para solicitar guía y apoyo.

## **HABILIDADES SOCIALES EN LA SALUD MENTAL DE MIGRANTES**

Actualmente en la investigación en psicología aplicada, y psicoterapia, se han desarrollado diversas formas de tratamiento que se basan en programas para el desarrollo de habilidades sociales para la solución de conflictos en los que a las personas les cuesta trabajo tomar decisiones, o no pueden soportar presiones sociales de quienes les rodean generando reacciones de violencia y ansiedad que se convierten en motivos de conflictos personales. Estos programas se pueden trabajar en sesiones breves de forma individual o grupal. En estos programas suele incluirse la participación de personal de salud que fungen como coterapeutas o monitores para acompañar a pacientes; estos programas incluyen entrenamiento asertivo, derechos asertivos, y técnicas de terapia racional emotiva que permiten atender problemas de ansiedad, miedo, agresión, depresión y estrés postraumático. La idea de desarrollar programas de entrenamiento asertivo con población migrante ya ha sido abordada en diferentes casos y problemáticas, como por ejemplo en el trabajo con niños migrantes de origen ruso dando seguimiento a su trabajo académico (Tovar, 2018), o apoyando a trabajadores migrantes en Indonesia para poder negociar su situación laboral como lo reporta Howard (2019). Pero para el presente manual se retomará el entrenamiento asertivo para la salud mental de los migrantes.

Dentro del equipo de profesionales de la salud el personal de enfermería, medicina, laboratoristas y trabajo social tienen una importancia particular, pues son los puntos de contacto de los pacientes con los servicios de salud. En este sentido pueden servir de modelos de relación del paciente con su entorno, y si el paciente es migrante puede encontrar en ellos un primer apoyo y modelo de relación con la comunidad. La forma en que el paciente migrante sea tratado por el personal de salud constituye una oportunidad de aprendizaje natural de cómo puede ser la relación que se puede tener con el entorno al que llega o se encuentra. La forma del trato que brinda el personal de salud refleja diferentes habilidades de relación interpersonal, y comunicación, presentes en el llamado entrenamiento asertivo brindando la oportunidad de reconocer lo resiliente del paciente migrante.

La asertividad es una forma de comportamiento que se aprende, y también aparece de manera natural, caracterizándose por el uso de ciertas pautas de pensar, actuar

y hablar, y en donde se incluyen las palabras no, yo, quiero de ti, no me interesa y otras más (Fensterhein y Baer, 1976). Es decir, las personas aprenden a ser más afirmativas de sí mismas; esta forma de comportamiento forma parte del conjunto de estrategias psicológicas del desarrollo de habilidades sociales e inteligencia emocional.

### ***CONCEPTOS BÁSICOS DE ESTRATEGIAS DE APOYO PSICOSOCIAL***

Según Sánchez (2020) y el Colegio Nacional de Psicólogos de España (2016) las personas migrantes requieren contar con la posibilidad de la integración social en la comunidad a la que lleguen, o buscan tener un tránsito seguro o les cuesta trabajo ser asimilados a la comunidad, además deberán ser resilientes con lo mejor que tenga de sí mismas. En este sentido uno de los recursos psicológicos que les puede ayudar es el desarrollo de habilidades sociales y asertividad. Se entiende por asertividad a la habilidad aprendida para expresar sentimientos o preferencias, en el momento que se sienten, sin molestar a otros. Es la habilidad para ejercer los propios derechos sin infringir los derechos de otros. Las habilidades asertivas incluyen un modo de ayudar a las personas a sobrevivir en un mundo con dificultades viviendo de una manera más saludable, satisfecha y con mayor soltura; no es una norma y no se está obligado a expresar los propios sentimientos. Es parte de la personalidad humana, de la propia vitalidad y de la búsqueda de una meta o sentido en condiciones más realistas.

Es una forma de intervención psicológica que, apoyada con técnicas de habilidades sociales y otras más, se transforma en una estrategia más amplia para superar la ansiedad, la depresión, la hostilidad y otros problemas de relaciones interpersonales. Como cualquier otra persona los migrantes se relacionan con otras más, pero no es lo mismo hacerlo en un entorno conocido a hacerlo en un entorno distinto al suyo; en estas condiciones se tienen expectativas, ideas y preocupaciones que no siempre son fáciles de manejar, y la asertividad puede ayudar a manejar situaciones cotidianas que se han hecho complicadas.

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; ser capaces de expresar los propios sentimientos (positivos y negativos) sin sentir molestia por ello; y cómo evitar que otros tomen ventaja sobre uno mismo. En general, se adquieren libertad y control sobre la propia vida respetando más a uno mismo por llevar a cabo estos cambios de autodirección.

Las habilidades son practicadas y adquiridas a un nivel que es confortable para cada uno de los participantes, en el caso de los grupos Balint para el personal de salud se puede ejercitar este entrenamiento.

Por otro lado, la no-aserción está representada por tres formas de conducta aprendida, una es ocultando los propios sentimientos y negando su expresión; una segunda es lograr las metas personales de forma agresiva a expensas de otros, incluso con actos violentos y ofensas; la tercera es perturbando la convivencia y relación con los otros, al actuar fuera del ritmo de los demás. Algunas veces una persona puede ser no asertiva en varias circunstancias hasta que sus sentimientos acumulados lleguen a tal punto que se liberan explosivamente, en forma agresiva y destructiva. Así pues, 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, esta es la razón por la cual es útil recibir capacitación en este tipo de recursos psicológicos y orientar a la persona en cómo afrontar diversas situaciones como migrante.

### ***LA IMPORTANCIA DE APRENDER A DECIR NO***

El siguiente es un caso real de migración interna, que refleja la fuerza que puede tener una situación personal mal asumida, además deja entrever muestras de elementos de la vida cotidiana que comprometen la salud mental de las personas. Se puede ver cómo hay diferentes momentos que reflejan la falta de soporte que la persona necesitaba, y además se puede notar el peso del aislamiento que puede tener un joven migrante al que se le llamará Gabriel y con quien el autor del presente texto tuvo oportunidad de trabajar en noviembre del 2018.

<b>Caso 2. El conflicto de Gabriel R.</b>
---

Se trata de Gabriel R. Un joven de 24 años, soltero, estudiante de posgrado, originario del estado de Guanajuato de una familia conservadora y de escasos recursos, pero de mucho trabajo. Vino a la ciudad de México con la finalidad de realizar estudios de doctorado en genética celular, al salir de su pueblo mantuvo comunicación regular con su familia por un tiempo, pero poco a poco dicha comunicación se interrumpió pues necesitaba concentrarse en su investigación. Gabriel vivía solo, rentaba un departamento sencillo cerca de su centro de estudio y consumía sus alimentos en el comedor del centro de investigación. 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 resultó que la chica le demandaba mucha atención y le reclamaba que no le tenía consideraciones. Con el fin de no discutir, y pensando que ella le ayudaría, Gabriel se fue a vivir con ella y eso le cambió muchos hábitos, gustos y costumbres, incluso dejó de ir a las reuniones de sus compañeros y empezó a realizar más trabajo individual, en comparación del que tenía cuando llegó a estudiar; pero un día tuvo una infección estomacal y fue al centro de salud en donde atendían a los estudiantes del instituto de investigación, varios de los cuales eran extranjeros o venían del interior de la república, y sus tutores y compañeros trataron de apoyarlo mientras estaba indispuesto. Cada vez que le preguntaban a Gabriel la razón por la cual aguantaba esas condiciones de la relación de noviazgo él comentaba que no la quería preocupar, que le ayuda y desea corresponderle, que en realidad están bien y los conflictos que tienen no son tan serios.

Los compañeros de Gabriel notaron que él había cambiado mucho desde que se fue a vivir con la novia. No descuidó sus estudios, pero eso le tenía bajo mucho estrés, además dejó de hablar con la familia como lo hacía antes, solo hablaba lo más básico y siempre postergaba los viajes para ir de visita a su pueblo en Guanajuato.

Debido a presiones de la novia Gabriel empezó a escuchar música que al principio no escuchaba, empezó a comer cosas que no comía como era la dieta vegana; llegó a ponerse un tatuaje en un brazo y a pintarse el cabello de azul o morado

pues así le gustaba a su novia. Las compañeras le decían a Gabriel que no permitiera que ella lo controlara tanto, que debía defender mejor su propia libertad y sus ideas, pero él les contestaba que no quería problemas y que mejor se aguantaba. Lo invitaron a ir a un bar pero él se negó, no visitaba amigos y no compartía tiempo libre con nadie.

En una ocasión, mientras estaba en la biblioteca, sus compañeros notaron que recibió una llamada de la novia y empezaron a discutir. La molestia de Gabriel fue muy grande y prefirió callarse y salirse del lugar. Pero ya tenía buena parte de sus resultados y trataba de terminar su reporte.

Al viernes siguiente del día de la discusión Gabriel se centró en trabajar sólo. Pero ese día se metió al baño y en el pasillo se encontró al vigilante, se saludaron y Gabriel le obsequió un paquete de galletas para su desayuno. Aparentó subirse al laboratorio, pero cuarenta minutos después un trabajador de mantenimiento hacía su recorrido revisando las instalaciones y encontró a Gabriel colgado, ya 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 y fue necesario dar apoyo emocional, y colectivo, a profesores y compañeros de Gabriel. Al brindar apoyo a sus compañeros de estudio y asesores se comentó que Gabriel no se negaba a nada de lo que la novia le pedía, a pesar de que se notaba que le causaba malestar y frustración.

Una de las características que resaltan en el caso anterior es la diversidad de formas en que la persona se va encontrando con la vulnerabilidad, al dejar sus raíces y perder sus vínculos sociales. No es el caso de alguien afectado por el COVID-19, pero sí es un ejemplo de los riesgos de migrar, aunque sea en el propio país, y tener que vivir con otras costumbres y estilos de vida. En el caso de Gabriel se pueden detectar algunos elementos de las relaciones familiares, y educación que tenía, en donde se pueden notar actuando diferentes formas de comportamiento en las que se expresan diversos mecanismos de defensa como la negación, la racionalización, la confluencia y otros, pero también se nota la falta de reconocimiento a 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 o no sabemos decir simplemente NO o recibir un NO legítimo como respuesta ante una petición, no hacer valer los propios derechos y empezamos a 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, resaltan la importancia de las habilidades sociales y la asertividad para trabajar con migrantes. Que una persona no pueda aprender a negarse tiene diferentes consecuencias en sus relaciones interpersonales, que con el tiempo pueden afectar a su estabilidad emocional y a su salud mental, aprender a negarse a algo es parte de las habilidades sociales. Evitar hacer el uso adecuado de la palabra NO lleva a participar de actividades que le hacen perder el respeto por uno mismo. También crece el resentimiento por sentirse explotado por los demás y se rompe la comunicación entre uno y los demás.

### ***EL COMPORTAMIENTO, ASERTIVO O NO, PUEDE APRENDERSE***

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

Así como una conducta no asertiva es aprendida, puede ser reemplazada por habilidades asertivas que se aprenden. La habilidad asertiva es aquella que 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), estos autores consideran dos formas de conducta no asertiva, pero en

el presente caso se puede proponer una tercera forma a la que se le identificará como “perturbadora”, así, La conducta no asertiva puede ser:

- a. Agresiva. Manifiesta trato brusco y hostilidad ante otros
- b. Pasiva. Se comporta sin iniciativa, reprime su sentir y su pensar, no manifiesta su malestar por las agresiones de otros.
- c. Perturbadora. Sin buscar generar malestares se comporta sin respeto a 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 una serie de elementos o componentes de nuestro comportamiento que realzan a éste como asertivo. Las características de cada uno de ellos permiten que exista una correspondencia entre lo que decimos y lo que realmente expresamos, a estos componentes se les llama no-verbales, y son los siguientes:

1. *Contacto visual*. Uno de los componentes esenciales para la comunicación es el establecer contacto visual con nuestro interlocutor. Es recomendable que este contacto no se mantenga por tiempo indefinido, sino que podamos fijar nuestra vista en algún otro aspecto de la persona, por ejemplo: la boca, frente, nariz, oreja, pelo, mejilla, pero sin que lo hagamos de manera prolongada o insistente ya que esto podría hacer que nuestro interlocutor se sintiera incómodo.
2. *Espacio corporal*. Es la distancia entre las personas que se establece de manera natural entre el comunicador y su interlocutor, recuerde que usted no debe estar "correteando" a quien lo escucha si frecuentemente su interlocutor se aleje de usted; tampoco permita o propicie que el otro lo persiga, tiene que tratar de mantener una distancia que tanto a usted como a su interlocutor les permita mantenerse cómodos.
3. *Contacto físico*. En algunas ocasiones es necesario y a veces involuntario, entrar en contacto físico con otra persona, ya sea para mostrar afectos, alegría, comprensión, etc. De cualquier modo, no se trata de que toda interrelación involucre contacto físico, sino que se convierte en una forma significativa de demostrar nuestros sentimientos.

4. *Postura*. La colocación relajada o sin tensiones de nuestro cuerpo denota que realmente así nos sentimos, al igual que sucede cuando nos mostramos inquietos por medio de movimientos repetitivos y nerviosos. Si nuestra meta es ser asertivos, es necesario que nuestra postura respalde nuestras palabras.
5. *Expresión facial*. Al igual que la postura, nuestros gestos deben respaldar nuestros sentimientos. Si queremos demostrar alegría, molestia, prisa, sorpresa, etc., necesitamos respaldarlo con la expresión facial adecuada.
6. *Fluidez y volumen de la voz*. Estos dos componentes son considerados propios de la expresión verbal. Si queremos ser atendidos es necesario que nuestra voz tenga el suficiente volumen para que denote tanto nuestro estado de ánimo como para que realmente seamos escuchados. Igual pasa con la fluidez en el lenguaje, es decir no titubear, usar demasiadas muletillas u hacer silencios demasiado prolongados. Respecto a esto último, es necesario aclarar que los silencios son algo completamente normal en el curso de una plática, tampoco es necesario que tratemos de llenar todos esos espacios.

En la sección III de este manual se incluye un programa de entrenamiento asertivo que puede ser manejado por el personal de salud en el que se incluye el manejo de estos componentes no verbales, los derechos asertivos y el abordaje de ideas irracionales.

### **ASERTIVIDAD Y EL DERECHO HUMANO PSICOLÓGICO**

El entrenamiento en habilidades asertivas se relaciona con el ejercicio de una serie 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, niega una parte central de su propia humanidad. Lo que se pretende en este apartado es que se entienda que toda persona tiene el derecho de expresar sus sentimientos y demandar sus necesidades. Para poder explicar este punto haremos un paréntesis en cuanto al valor humano que todo individuo posee; este tipo de valor no se refiere a que la persona se valore por lo que hace o por lo que tiene, el valor humano es el que 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 lo que son los propios derechos psicológicos es la base de la manipulación, y explotación personal, debido a la culpa, el miedo, la responsabilidad, la amenaza y los compromisos malentendidos. Es la forma en que los grupos delictivos y sectarios, o los grupos militares, pueden manipular a las personas como ya lo señaló Zimbardo (2008). Lo importante es que se entienda que el valor humano es único, que todas las personas tienen el mismo valor humano solamente que unas personas desarrollan habilidades de un tipo y otras desarrollan de un tipo diferente. Los derechos asertivos pueden ser expresados en forma humana y considerada, a pesar de que puedan ser expresados con una gran emotividad. Cuando se es responsablemente asertivo, se expresa quién se es sin violar los derechos de los demás.

Los derechos a los que se refiere esta sección son aquellos con los cuales podremos comunicar nuestros sentimientos y hacer valer nuestras demandas, la identificación certera de nuestros derechos y de las demás personas (desde muy íntimas hasta desconocidas), nos facilitan el poder llevarlos a la práctica y poder llevar una mejor relación social.

Dentro del entrenamiento asertivo se explica que toda persona sepa defender sus derechos sin pasar por desapercibido o sobre los derechos de las otras personas. Por ejemplo, "me molesta que me des ese trato", "qué bonita comunidad tienen ustedes aquí" y otros por el estilo.

Antes de continuar hablando más acerca de los derechos asertivos hay que especificar tres consideraciones. En primer lugar, el hecho de tener derechos asertivos no equivale a tener una licencia para actuar de cualquier manera que nos acomode sin ninguna consideración a los demás. Existen límites éticos en todos los derechos. En segundo lugar, aceptar estos derechos acarrea poder personal, lo cual trae consigo responsabilidad. Por último, nuestros derechos asertivos no niegan los derechos de los demás que participan de la misma situación.

Se puede considerar que los derechos asertivos son una postura ante la vida, la experiencia clínica con migrantes ha mostrado que el conocimiento de estos derechos ayuda a tener más claridad con los propios actos personales y decisiones que se pueden tomar. Estos derechos se pueden clasificar en dos rubros, el primero

es el de los cinco derechos básicos personales, el segundo son los derechos asertivos generales en la relación interpersonal.

**a. Los diez derechos asertivos generales son:**

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

1. Tenemos derecho a juzgar nuestro propio comportamiento, nuestros pensamientos y nuestras emociones, y a tomar la responsabilidad de su iniciación y de sus consecuencias. Este es el derecho asertivo primordial y básico, que impide que los demás nos manipulen de alguna forma.
2. Tenemos derecho a no dar razones y excusas para justificar nuestro comportamiento.
3. Tenemos derecho a juzgar si nos incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de otras personas.
4. Tenemos derecho a cambiar de parecer.
5. Tenemos derecho a cometer errores y ser responsables de ellos.
6. Tenemos derecho a decir "No lo sé".
7. Tenemos derecho a ser independientes de la buena voluntad de los demás antes de enfrentarnos con ellos.
8. Tenemos derecho a tomar decisiones ajenas a la lógica.
9. Tenemos derecho a decir "No lo entiendo".
10. Tenemos derecho a decir "No me importa".

En general, reconocer y hacer valer nuestros derechos sobre las personas implica saber con certeza cuáles son nuestros derechos y los de los otros, así resulta más fácil defenderlos y hacerlos valer de una manera realista, consciente y segura. Pero al listado previo se le puede agregar un undécimo derecho y sería que "tenemos derecho a merecer".

Es común confundir derechos humanos con derechos asertivos, los primeros son de tipo universal, ético y cultural, y se han propuesto para proteger la vida e

integridad humana sugiriendo que son inherentes a todos los seres humanos sin ninguna limitación impuesta por la misma cultura; los segundos son de tipo psicológico, surgen de la investigación del comportamiento, y sirven de referencia para una filosofía de vida en la que se asume que son propios de cualquier persona por el simple hecho de haber nacido, suelen coincidir con los derechos humanos pero sus fundamentos tienen origen diferente. Hay casos en que asumir equivocadamente los derechos humanos se sacrifican los derechos asertivos personales y viceversa, en estas condiciones hay que anteponer los derechos humanos ante todo.

### ***SÍNDROME DE RESIGNACIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN MIGRANTES***

La pandemia por la COVID-19 ha obligado a cambiar estilos de vida, y formas de pensar, pero a la población migrante y a otros grupos vulnerables les ha modificado sus formas de convivencia y comunicación interpersonal, desarrollando pautas de comportamiento que se pueden convertir en distintos tipos de síndromes, algunos de los cuales pueden ser abordados cambiando las formas de comportamiento que se habían adoptado y en las que se incluye el desarrollo de habilidades sociales. Al abordar el síndrome de resignación Sánchez (2020) señala que un recurso que se pierde con más claridad es el manejo de las relaciones personales, y con esto se pierden las redes de apoyo social con las que se podría contar, de ahí la importancia de rescatar estas habilidades, o desarrollarlas cuando es necesario sin dejar de lado el origen de la cultura que se tiene pues en los diferentes países se tienen distintas formas de convivencia social. Siguiendo lo señalado por Sánchez, es necesario valorar las presiones extremas a las que las personas migrantes pueden estar sometidas cuando pandillas o autoridades corruptas comprometen la seguridad de las personas y sus familias; el síndrome de resignación en casos graves puede llevar a apatía extrema, aislamiento y confusión de la realidad cotidiana que requieren de soporte social.

El Colegio Oficial de Psicólogos, ya mencionado anteriormente, plantea que en las habilidades sociales y asertivas se trata de poder expresar los temores, la agresión y la tristeza de forma directa, consciente y realista, no se trata de quitarlas sino de

ponerlas en su lugar y en su justa dimensión. En este apartado se incluyen las habilidades más reconocidas como necesarias para una relación interpersonal positiva, funcional y saludables que suelen presentarse de forma natural en las personas mentalmente sanas. Se incluyen en el presente manual debido a que constituyen la base de cualquier curso o taller de desarrollo humano y apoyo psicoterapéutico, por eso es que su aprendizaje puede llevar a sesiones muy intensas con los pacientes con los que se trabaje y se pueden desarrollar las siguientes habilidades (Ellis,1990).

### ***IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES***

Encontrarse en situaciones estresantes, en ambientes desconocidos, suelen generar diversas formas de pensar, algunas de las cuales no son del todo lógicamente válidas. Ellis (1990), precursor de la terapia racional emotiva, explica los sentimientos y comportamiento de la siguiente forma:

- a. Hay una actividad particular, actividad o acción a la que nos enfrentamos.
- b. La situación anterior genera un pensamiento racional o irracional que generalmente se encuentran asociados a las palabras debe, siempre y nunca.
- c. Hay acciones y sentimientos que se experimentan, y que fueron provocados por los pensamientos racionales o irracionales que se dieron en (b).

Retomando lo mencionado por Ellis 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. Algunos ejemplos de las ideas irracionales más frecuentes son los siguientes.

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 tal y como queremos que sean y es algo muy grave cuando no es así.
5. Los individuos tienen poco control interno sobre su felicidad.

6. Es motivo de gran preocupación si existe la posibilidad de que algo pueda ser peligroso.
7. Es más fácil procurar 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 del país XX son iguales 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 de mi familia.

Una manera de identificar lo potencialmente irracional de una idea es escuchar a la persona con la finalidad de reconocer el uso de palabras como todo, nunca, siempre, debo, nada, tiene que, estoy obligado a, es mi responsabilidad. Estas palabras comprometen las acciones y sentimientos de las personas induciéndoles 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 brindar apoyo a la persona migrante considerando algunas de las ideas más arraigadas que tenga, pero con respeto a su cultura, la cuestión central es que uno de los efectos de la pandemia por COVID-19 es experimentar estados de ansiedad, que suelen asociarse a ideas irracionales sobre muerte, riesgo y amenazas. Algunas de esas ideas irracionales tienen implicaciones que limitan el cumplimiento del tratamiento indicado. Por ejemplo, al desconfiar de la entrevista que se le hace, o al pedirle que realice ciertos trámites necesarios. En este sentido el personal de salud puede abordar dos elementos:

1. Identificar el defecto de la idea.
  - a. ¿Es cien por ciento cierta?

- b. ¿Realmente van a ocurrir las consecuencias que temo?
- c. ¿Qué es lo que conozco realmente de mí mismo o de otros que apoyan el que ocurra lo que espero?

2. Clarificar las consecuencias de lo que espera el paciente.

- a. ¿Aún si sucede lo que más teme, es realmente grave y catastrófico?
- b. ¿Podrá solucionar o enfrentar lo que sucede?
- c. ¿Qué implicaciones tiene para su vida que suceda lo que teme?
- d. ¿Esto que sucede realmente le hace una persona mala o poco valiosa?

Darle a la persona opciones sobre las alternativas que le pudieran afectar le ayuda a mantener la confianza personal, y a reconocer el terreno en el que se encuentra. Como se puede notar, el entrenamiento en asertividad ayuda a poner en práctica el esquema básico de la salud, y el reconocimiento de las ideas irracionales ayuda a prevenir condiciones extremas y a reconocer la comunicación familiar del paciente, de alguna forma en dicha comunicación se refleja un estilo de vida que puede llegar a comprometer la salud. Las sesiones se deben terminar reconociendo lo positivo y logros personales.

Para el presente apartado se revisará el siguiente caso con el que también trabajó el autor de este texto. Se deberá de tratar de identificar cuáles costumbres y formas de pensar se pueden considerar inadecuadas pues llevan a una relación familiar no saludable.

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

Hombre adulto de 41 años. Vivía en la zona de Zipolite, cerca de la playa nudista más importante del estado de Oaxaca. Tenía una esposa que había realizado estudios en educación especial en España, él era de origen español y gitano, tenían dos hijos pequeños, uno de casi cinco años y otro de casi dos años.

Su esposa (N.D.) había asistido en algunas sesiones a consulta con el autor a sugerencia de la directora de un centro de atención a la comunidad para personas con discapacidad llamado Piña Palmera localizado en las costas oaxaqueñas. La esposa de R.I. colaboraba en Piña Palmera proporcionando apoyo a niños con problemas de aprendizaje y discapacidad. Ella había buscado consulta

argumentando que las relaciones con R.I. no estaban bien entre él y los padres de N.D. Al valorar la situación se encontró lo siguiente.

N.D. decía que R.I. era una persona muy especial, se conocieron en España mientras ella realizaba estudios de posgrado, empezaron a vivir juntos y al estilo gitano cosa que no les parecía a los padres de N.D., años después se vinieron a México. R.I. elaboraba manualidades, pero N.D. era la que trabajaba formalmente, justificaba este proceder pensando que era cierto lo que le decía R.I. Él pensaba que era una persona especial, que debía buscar la pureza y que por esa razón no debía manchar y ensuciar su trabajo con el dinero. Por eso R.I. no trabajaba para tener dinero sino para poder buscar la pureza y trascender lo terrenal, sin embargo solicitaba a N.D. que le preparara los alimentos y estuviera al pendiente de él.

Durante el trabajo realizado era evidente que N.D. no quería realmente recibir ayuda sino justificar el proceder de R.I. Hablaba con cierta fascinación de R.I. y se lamentaba que sus padres no entendieran lo que él buscaba y le parecía que sus hijos estaban bien atendidos, de hecho, buscaba tener actualizada la carta astral de sus hijos y solía orientarse en algunas cosas según lo que decía su horóscopo. N.D. era desinhibida y gustaba de la danza, con la cual complementaba sus ingresos, pero al explicarle lo que parecía ser una relación disfuncional a N.D. le sorprendió la observación, guardó silencio y marcó distancia. Se le señaló que hay formas de vida que si no hay compromiso realista se tienen muchos riesgos (ambos llegaron a consumir alguna droga, pero no era algo cotidiano). Se le señaló las repercusiones que pueden tener, tanto en los hijos como en la pareja, las diferencias culturales; las complicaciones que pueden tener las demandas familiares con los hijos pequeños; y también se le planteó la carga que puede llegar a tener ella misma con tantas demandas. N.D. no siguió con regularidad el tratamiento. Cuando el autor llegaba a la comunidad había veces que N.D. platicaba con él, pero decía que luego lo buscaba. Era evidente que las fricciones entre N.D. y R.I. aumentaban en intensidad hasta que un día llegó N.D. de trabajar, y con sus hijos, cuando al entrar en su casa se encontró con que R.I. se había dado un disparo en la cabeza mientras ella estaba fuera.

N.D. no ha querido hablar del tema con nadie, decidió retirarse con sus hijos del lugar donde vivía, pero no se supo que tratara de buscar apoyo para sus hijos ni para ella misma.

Al analizar el caso anterior se puede observar que R.I no sabía manejar las situaciones que se le presentaban, carecía de diversas habilidades sociales tales como la solución de problemas o la identificación de ideas irracionales necesarias para manejar sus mecanismos defensivos y relacionarse adecuadamente en su entorno, y aunque tenía a su pareja carecía de una red de apoyo social propia. Con frecuencia, la no asertividad genera pensamientos irracionales e incorrectos, reacciones emocionales y patrones de conducta no funcionales de los cuales el más frecuente es la agresión. Se entiende por pensamientos irracionales a aquellos cuya probabilidad de verificación y ocurrencia es muy escasa o irreal (Ellis, 1990), en este sentido se puede considerar que, a pesar de que N.D. apoyaba a R.I. ella también estaba en un entorno que no era el de su origen, llegó con ideas y creencias que no eran las adecuadas para vivir en un entorno tan multifacético como en el que se encontraban, es decir, N.D. tenía muchas ideas irracionales que justificaba de diversas maneras.

También se puede observar que la propia relación de I.R. y N.D. no era saludable desde su origen. Sus hábitos, costumbres, educación, intereses y proyectos iban a estar variando con el tiempo, además N.D. no había comentado que tuvieran un arma, ni el motivo para tenerla, pues ese simple hecho se puede considerar como un factor de riesgo para la seguridad personal en la familia.

### **Cuestionario 2 Análisis del caso de I.R.**

1. Dada la información revisada hasta el momento reúnanse con dos personas y comenten cuáles ideas irracionales se pueden identificar por parte de N.D., y enumeran algunas a continuación:

---

---

---

2. Identifique qué tipo de mecanismos de defensa se pueden observar en el comportamiento de N.D y su pareja, y argumente la función que pudieran tener para los dos:

---

---

---

3. En trabajo en pareja indique cuáles son los componentes del caso en los que se pueda identificar falta de habilidades asertivas..

---

---

---

4. A partir de un trabajo en pareja explique cómo considera que puede participar el personal de salud en caso como el que se está revisando.

---

---

---

### ***HABILIDADES PSICOLOGICAS DE PERSONAS MIGRANTES PARA SU PROTECCIÓN***

En el caso de las personas migrantes es común encontrar diferencias culturales, a pesar de compartir el mismo idioma, y es posible que sea necesario brindarles orientación de cómo relacionarse con diferentes personas en distintos contextos, por medio de programas básicos de entrenamiento asertivo. Las habilidades que se mencionan a continuación deben ser combinadas con otras cuando se haga uso de ellas, esto es, con habilidades verbales y no-verbales adecuadas.

#### **Habilidades protectoras:**

Las siguientes habilidades conforman un conjunto de recursos comportamentales que proporcionan un relativo control de las propias acciones y el entorno en que la persona se encuentra. Cada habilidad se compone de respuestas concretas y

específicas que se pueden practicar hasta que sean parte de la identidad personal y surjan con naturalidad en las relaciones interpersonales. Dichas habilidades son:

1. *Disco rayado*. Puede usarse solo o con otra técnica, cuando es molestado, criticado, presionado o cuando usted está pidiendo algo. Es la repetición continua y serena, una y otra vez, de una declaración clara de sus sentimientos o sus puntos de vista. Tiene la ventaja de fortalecer la persistencia.
2. *Ignorar selectivamente*. Esta habilidad se refiere a la atención discriminada que prestamos a contenidos específicos de la conversación de otro individuo. Nuestra atención debe estar encaminada a declaraciones que no sean destructivas, productoras de culpa o injustas. Se puede utilizar el silencio o respuestas no verbales.
3. *Desarmando ira o enojo*. Involucra hacer un trato honesto que ofrece el asertor al otro individuo que está emitiendo grandes montos de ira. El asertor no contesta con grosería o apodosos se puede utilizar el disco rayado para ofrecer el contrato. Cuando la situación es más amenazante se recomienda alejarse de ésta por el momento.
4. *Clasificar el orden de los problemas*. Se propone abordar un solo problema a la vez y los demás abordarlos separadamente y con posterioridad en la misma interacción o en otra. Al intentar clasificar los problemas el asertor es capaz de discriminar lo que le pide o lo que está implicando y así puede formular una respuesta apropiada, sin dejar las cosas no resueltas o en el aire.
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, y esto no incluye complacerlos siempre. La regla de no decir lo siento dice que ninguna persona debe disculparse si no lo siente; si la persona siente que debe disculparse puede decir "tienes razón me equivoque" 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, el sentimiento de culpa experimentado por el individuo asertivo puede ayudarle a evitar ser abusivo en el futuro. La disculpa valida los sentimientos de la otra persona.

7. *Banco de niebla*. Es una técnica que permite aceptar las críticas manipulativas reconociendo serenamente ante nuestros críticos la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dicen, sin que por ello cedamos nuestro derecho a ser nuestros propios y únicos jueces.
8. *Libre información*. Es una técnica que nos enseña a identificar los simples indicios que nos da otra persona en el curso de la vida cotidiana y que permiten reconocer qué es lo interesante o importante para esa persona.
9. *Aserción negativa*. Es una técnica que nos enseña a aceptar nuestros errores y faltas (sin tener que excusarnos por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas, sean hostiles o constructivas, que se plantean a propósito de nuestros defectos y cualidades negativas.
10. *Interrogación negativa*. Es otra técnica que nos enseña a suscitar las críticas sinceras por parte de los demás, con el fin de sacar provecho de la información (si tienen utilidad) o de agotarlas (si son manipulativas), y al mismo tiempo induciendo a nuestros críticos a mostrarse más asertivos y a no hacer un uso tan intensivo de los trucos manipulativos. Se recomienda usarlo en relaciones personales cercanas, y no usarlo en caso de agresión de desconocidos.
11. *Autorrevelación*. Es la técnica que enseña a aceptar e iniciar la discusión de los aspectos positivos y negativos de nuestra personalidad, nuestro comportamiento, nuestro estilo de vida y nuestra inteligencia, con objeto de fomentar y favorecer la comunicación social y reducir la manipulación.
12. *Compromiso viable*. Es una técnica asertiva de tipo verbal muy práctica en los casos en que no está en juego el respeto a nosotros mismos, permitiendo plantear un compromiso viable o acuerdo equitativo entre las partes. Cuando el objetivo final entraña algo que afecta a nuestra dignidad no caben compromisos de ninguna clase.

## **SALUD MENTAL Y ORIENTACION FAMILIAR A PERSONAS MIGRANTES**

Existen diversos modelos en terapia familiar y orientación familiar, pero uno que puede ser de utilidad inmediata al personal de salud, para su apoyo en 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 la literatura se ha mencionado que existen condiciones en las cuales las personas tienen una familia funcional, pero desean más libertades y correr sus propios riesgos, pero al tomar esas decisiones se sienten presionadas para seguir conservando lo que siempre se había hecho, de la misma forma y con las mismas personas (Quintanar, 2004). Esto lleva a tener que pensar en posibilidades que no siempre se toman en cuenta respecto a los límites familiares, cambios de roles, cambios en intereses y prioridades, toma de decisiones y formas de solucionar problemas; es común encontrar integrantes de las familias que se resisten a los cambios que puedan romper costumbres y tradiciones. Partiendo de los factores, o dimensiones, de cohesión y adaptabilidad el modelo circunplejo proporciona diversas combinaciones de escenarios familiares en función de los patrones de comportamiento predominantes, algunos saludables y otro no.

El factor de cohesión tiene ocho componentes como son lazos afectivos, límites o fronteras, coaliciones, tiempo familiar, espacio, amigos, toma de decisiones, e intereses y diversiones. No es la intención en este manual discutir teóricamente estos componentes, por el momento es suficiente saber que, en su conjunto, permiten identificar cuatro niveles de cohesión familiar. El primer nivel es de cohesión muy baja y se considera que la familia está desvinculada; el segundo es una cohesión de baja a moderada y se considera que la familia tiene niveles básicos de relación con tiempos, espacios, roles y amistades compartidas pero abiertos; el tercer nivel es de una cohesión que va de moderada a alta y 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; por último, se tiene el nivel de cohesión muy alta en el cual se puede ver a una familia muy amalgamada en la que se traslapan todos los componentes familiares de todos los integrantes. Este nivel no es saludable y compromete mucho la autonomía de las personas que viven en ella.

Para poder realizar la interpretación de los indicadores del factor de cohesión se puede consultar la tabla 4 en la que se representan los grados de cohesión familiar

(desvinculada, separada, conectada y amalgamada) con los rubros que conforman dicha escala.

**Tabla 4.**  
**DIMENSION DE COHESION FAMILIAR.**  
**- Conceptos interrelacionados -**

COHESION	DESVINCLADA Muy baja	SEPARADA Baja a Moderada	CONECTADA Moderada a Alta	AMALGAMADA Muy alta
INDEPENDENCIA	Hay muy alta independencia de los miembros de la familia.	Hay una moderada independencia de los miembros de la familia.	Hay moderada dependencia 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. Lazos internos rígidos.
COALICIONES	Las coaliciones son débiles y usadas como escapatoria.	Coalición marital débil.	Coalición marital fuerte.	Coaliciones madre-hijo.
TIEMPOS	Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente).	El tiempo separado y juntos es importante.	El tiempo juntos es importante. El tiempo separado está permitido por razones probadas.	Tiempo juntos a su máximo. Tiempo separado está permitido al mínimo.
ESPACIO	Espacio separado e exacerbado tanto física como 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. Poco 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 forma familiar.	Se comparten las decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman de relación se deben hacer con la familia.	Todas las decisiones personales y de relación se deben hacer con la familia.
INTERESES Y RECREACIONES	Principales actividades individuales. No se involucra a la familia 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, D.A. Efecto del seguimiento nutricional en las hijas. Universidad de la América, A.C. Tesis profesional. México, 1997, pp. 48-49.

En el caso del factor de adaptación se cuenta con seis componentes que son asertividad, liderazgo o control, disciplina, negociación, roles, y reglas. Estos componentes permiten organizar el factor de adaptabilidad familiar en cuatro niveles, de los cuales el primero es la adaptación muy baja en la cual la adaptabilidad se considera caótica en relaciones sin control, de forma agresiva y sin roles definidos. El segundo nivel es el de la adaptabilidad de moderada a alta que permite una adaptación flexible. El tercer nivel es el de la adaptabilidad moderada a baja que permite pensar en una familia estructurada. Por último, se tiene la adaptabilidad muy baja que lleva a una familia rígida, que junto con la dimensión caótica, muestra familias disfuncionales (Quintanar, 2004).

En el caso de los indicadores de la escala de adaptabilidad se puede consultar tabla 5 en la que se representan los grados de adaptabilidad familiar (caótica, flexible, estructurada y rígida) con los rubros que conforman dicha escala.

**TABLA 5.**  
**DIMENSION DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR**  
**- Conceptos Interrelacionados -**

ADAPTABILIDAD	CAOTICA Muy Baja	FLEXIBLE Moderada Alta	ESTRUCTURADA Moderada Baja	RIGIDA Muy Baja
ASERTIVIDAD	Estilos pasivo-agresivo.	Solamente 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 consecuencias impredecibles.	Democrática con consecuencias predecibles.	Autocrática demasiado estricta.
NEGOCIACION	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 de roles y estereotipia de ellos.

Fuente: Cárdenas, O.A. Efecto del rompimiento matrimonial en los hijos. Universidad de las Américas. A.C. Tesis profesional. México, 1987, pp 48-49.

La combinación de los componentes de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad proporcionan dieciséis posibles tipos de sistemas familiares, tal como se muestra en la tabla 6 del modelo circunplejo. Las categorías extremas marcadas de color rosa son los tipos de relaciones familiares más patológicos mostrados por el modelo. Las ocho categorías señaladas con un tono amarillo son tipos de familias disfuncionales en las que las familias tienen problemas de comunicación y conflictos frecuentes por haber una confusión de componentes que no saben manejar por sí mismas y en ellas suele haber miedos, postergación de decisiones, culpas y compromisos difíciles de cumplir. Por último, las cuatro categorías centrales son categorías saludables en las que los problemas y conflictos se resuelven de forma manejable, se prevén crisis y se anticipan posibles soluciones, la adaptabilidad se da de forma flexible o estructurada en relación a una cohesión ligeramente separada, pero con canales de comunicación disponibles.

El personal de salud tiene la posibilidad de explorar la tipología familiar durante la entrevista clínica en la cual cae bien una visita al hogar, o lugar de estancia, para explorar los problemas de salud mental y desarrollo humano de la vida familiar, con el propósito de relacionar el comportamiento familiar, como grupo, en función de la

conducta de un miembro de ella. La visita a la casa puede durar de dos a tres horas y generalmente se le consigna por escrito en forma detallada luego de terminada.

TABLA 6  
MODELO CIRCUMPLEJO  
DIECISEIS POSIBLES TIPOS DE SISTEMAS MARITALES Y FAMILIARES

		COHESION			
		ALTA			BAJA
		DESVICULADA	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
ADAPTABILIDAD	CAÓTICA	CAOTICAMENTE DESVICULADA			CAOTICAMENTE AMALGAMADA
			CAOTICAMENTE SEPARADA	CAOTICAMENTE CONECTADA	
	FLEXIBLE	FLEXIBLEMENTE DESVICULADA			FLEXIBLEMENTE AMALGAMADA
			FLEXIBLEMENTE SEPARADA	FLEXIBLEMENTE CONECTADA	
	ESTRUCTURADA		ESTRUCTURALMENTE SEPARADA	ESTRUCTURALMENTE CONECTADA	
		ESTRUCTURALMENTE DESVINCLADA			ESTRUCTURALMENTE AMALGAMADA
	RIGIDA		RIGIDAMENTE SEPARADA	RIGIDAMENTE CONECTADA	
		RIGIDAMENTE DESVINCLADA			RIGIDAMENTE AMALGAMADA

**Fuente: Cárdenas, O.A. Efecto del rompimiento matrimonial en los hijos. Universidad de las Américas. A.C. Tesis profesional. México, 1987, pp 48-49.**

Al trabajar el tema de la familia, el personal de salud puede retomar lo sugerido por Ackerman (1982) cuando señala que la cualidad de viveza de la información tiene mucho más valor que los riesgos de una observación distorsionada debido al peso de lo institucional, como lo es el ámbito hospitalario o de consultorio, él recomienda que el informe por escrito se divida en cinco partes que incluyen: a) Un resumen de los acontecimientos de la visita ordenados cronológicamente; b) Considerando 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 de la familia y sus relaciones generacionales; c) Una breve descripción de cada miembro de la familia, incluyendo un familiograma; d) Incluir observaciones sobre el vecindario físico y humano; y e) Información variada y complementaria, se pueden incluir la forma de control del dinero, los tiempos, los espacios y los roles en la familia, y si es pertinente se incluye a las mascotas.

### **Cuestionario 3. Revisión de caso clínico**

Siguiendo con el apartado sobre familia cada participante deberá abordar cada uno de los puntos que se señalan a continuación, primero lo realizará de forma individual, luego lo compartirán entre tres participantes. Al final se realizará una breve nota informativa y se discutirá 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 puntos de su vida aspectos 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.

---

---

## **Caso 4. Luz S.**

### **HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

#### **1. Ficha de identificación**

Consultante: Luz S., mujer de 58 años nacida en Veracruz, soltera, con educación primaria incompleta, religión católica. Actualmente trabaja como auxiliar de limpieza y no menciona a ningún otro 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 y empezaba a generarse problemas al interior del centro en el cual vivía. Me acerqué a Luz para hacerle la entrevista y la única condición que puso fue que tenía que dejarla libre, al menos media hora, para que se preparara para salir 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 su apariencia física no corresponden al de su género, su arreglo personal es descuidado. Se muestra muy desconfiada con cualquier persona de su entorno, evita el contacto físico, es impulsiva y en ocasiones agresiva.

#### **4. Situación actual**

Menciona que “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 por esos días 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 paraba a las 7 de la mañana, se bañaba y desayunaba, hacia las labores que le correspondían y alrededor de la una de la tarde salía a su trabajo como auxiliar de limpieza cerca del metro Zócalo, en las ocasiones que había alguna celebración al interior del centro se notaba la ausencia de LSS, que permanecía en su habitación y sólo salía de ella al terminar el festejo, o bien se iba a trabajar antes de que el festejo comenzara.

## **5. Historia y constelación familiar**

Con respecto a su familia Luz comentó, “Mi papá se llamaba Venancio, él 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 y siempre me consideré inferior y que me ignoraban, luego esta Eduardo, él es humilde y él último es Nelson, él está neurótico, y tiene alergias”. Comenta que dentro de su familia acostumbraban contarles de niños historias bíblicas, y las decisiones importantes las tomaban entre ambos padres. Dijo también que ella se sentía con la obligación de apoderarse de su padre, y que esto lo logró demostrándole que era inteligente.

## **6. Historia personal**

Luz proporcionó muchos detalles en este apartado, sobre sus primeros años comentó que aproximadamente al año y medio o un año de nacida comenzó a caminar y ya no tomaba leche materna. Con respecto a su infancia comentó “me daba cuenta de que los juegos eran mentira y me daba coraje”, dijo que su infancia no tuvo mucha duración pues en una ocasión jugando, un niño la llevó a una barranca y le dijo que como estaban jugando a que estaban casados ella se tenía que quitar la ropa interior, “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, además le preocupaba que su papá llegara borracho a su casa, “quien iba a salvar a mi mamá”, comenta que a esa edad vio que a su padre tener sexo con una mujer que no era su madre.

Sobre su juventud dijo que comenzó el consumo de drogas a los 17 años con marihuana, a los 28 años consumía de manera frecuente alcohol y a partir de los 30 años consumía drogas como la cocaína y la piedra, todas las drogas que consumía las acompañaba de alcohol, en su vida adulta realizó viajes a lugares como Canadá. Antes de cruzar la frontera hacia Estados Unidos un hombre la

violó, comienza a vivir en el DF, nació su hija y tiempo después ambas viajaron a Canadá, tenía un empleo de manera formal, pero debido al consumo de drogas y que delinquía el gobierno de Canadá le quitó a su hija y la mandó a una cárcel, no mencionó cuánto tiempo pasó encarcelada, sólo que después de un tiempo de juicios, y exámenes psicológicos, fue deportada a México pero sin su hija.

Después de ser deportada, viajó a Guatemala, El Salvador, Honduras en donde vivió como indigente, regresó a México y estuvo viajando al interior de la república menciona estados como Veracruz en donde ingresa a AA, pero dijo que no le sirvió, después viajó Chiapas “me tocó tocar fondo” dijo que fue ahí donde tuvo su “experiencia” que es parte del programa de AA, después llegó el Distrito Federal, aunque no mencionó las circunstancias por las que viajaba de manera constante, en algunos de estos lugares conseguía trabajos de manera eventual, pero como seguía drogándose y 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 ésta tenía tres años, además menciona que sigue acudiendo a AA.

## **7. Salud**

Reportó su salud como mala, padece hipertensión arterial, neumonía, estreñimiento, anginas, sinusitis, infección bucofaríngea, además comentó que los cítricos y los alimentos fríos le producen vómito, mencionó que algunos de sus familiares también padecen de vómitos con el mismo tipo de alimentos, hace aproximadamente ocho meses tuvo una luxación en el tobillo izquierdo, su última citología fue hace año y medio con un resultado malo, tuvo sangrado posmenopáusico, así como 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 casa hogar X, aunque no dentro de la casa pues comentó que el ambiente que se da 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 son golosinas o alimentos con mucha grasa. En

ocasiones fuma, esta práctica la lleva a cabo a partir de los 18 años, comentó que desde hace 5 años no consume alcohol, y que anteriormente lo hacía de manera diaria, la ingesta que tenía era de al menos 5 botellas “tomaba charanda, cerveza, todo”. Finalmente comentó que había tenido periodos de depresión, pero que en ninguno de estos ha tenido tratamiento médico o psicológico. Cada vez que va a consulta le molesta que el personal del centro de salud le pregunten lo mismo, y que no hagan nada. Esto es motivo de irritación y suele discutir con el personal. A primera vista tiene buena condición visomotora y de equilibrio, aunque el uso de drogas puede que haya afectado de alguna manera su sistema nervioso central. Suele actuar de manera paranoica y agresiva dentro y fuera de la casa.

### **8. Vida laboral**

Comentó que decidió trabajar, pues le gustaba tener cosas buenas, su primer empleo fue a los 20 años en Veracruz, trabajaba en una fábrica ensamblando circuitos de radio, ahí estuvo aproximadamente dos años llegaba tarde y por esa razón la despidieron, a los 23 años trabajaba en un almacén de telas no tenía buenas relaciones con sus compañeras y 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, por lo que tuvo que renunciar.

Menciona que después se trasladó al D.F., a los 27 años trabajaba en una fábrica de lentes en Tacuba, pero tampoco se llevaba bien con sus compañeras, por lo que sólo estuvo nueve meses, en ese mismo año trabaja en un poblado del estado de México, en una casa haciendo el aseo, dijo que su hija enfermó gravemente y que tuvo que dejar ese empleo solo estuvo ahí dos meses, después de mencionar ese trabajo dejó de dar datos precisos, sólo mencionó otros empleos como vendedora de puerta en puerta, ensambladora, aseo en casa, ayudante de cocina, barrendera y finalmente su empleo actual. Para ninguno de los empleos que mencionó dijo cuál era su sueldo, o al menos un aproximado, comentó que llegó un momento en el que se tuvo que dedicar a la prostitución pues tenía muchos vicios y en ocasiones no había trabajo ni dinero para pagárselos.

## **9. Ajuste social y relaciones interpersonales**

A los 16 años tuvo su primer novio, dijo que a ella no le interesaba mucho tener un novio, pero que sus amigas le daban consejos para que ningún novio se propasara con ella, dijo que lo que le gustaba de tener novio era hacerlos sufrir, haciendo 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, debido a que consumía drogas y abandonaba a su hija, motivo por el cual el gobierno de ese país decidió quitársela; mientras estaba en Canadá hizo muchos amigos de muchas partes del mundo (griegos, italianos, estadounidenses, canadienses, entre otros), aunque comenta que la mayoría de sus amistades las hizo mientras estaba drogada.

Dentro de la casa no se relacionaba con muchas personas, sólo para lo necesario, aunque si era requerida para hacer actividades que ninguna otra de las mujeres sabía o quería hacer, como los 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 que se sentía y para saber porque 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 alguna ocasión trato de masturbarse “eso me pareció de animales”, comentó que con ninguno de sus novios tuvo sexo, además comentó que ha tenido 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, aunque ella pensaba que sus amigos deberían sentir pena por hablar sobre sexo. S 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 un tiempo específico en el que

ejerció la prostitución, sólo que fue de manera intermitente a partir de los 30 años y que en la actualidad no la ejerce. El cobro por su servicio era de \$100 o \$150 por poco tiempo, 1 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 su hija fue enviada a un orfanato, dijo que sabe en donde localizarla y que planea buscarla.

### **11. Vida espiritual e historia religiosa**

Sus padres le inculcaron la religión católica, así como el orar, ir a misa, confesarse, realizó los sacramentos de bautizo y comunión. Comentó que su estilo de vida la llevó a estar cercana a 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” además dice “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**

Después de revisar su historia es difícil saber si los datos que proporcionó son en el tiempo y espacio que ella menciona, a veces comentaba que su hija nació en

Canadá, otras veces decía que había nacido en México y que ya no se drogaba, pero en ocasiones comentaba que sí que fumaba marihuana, su actitud tan cambiante era algo que también se hacía notorio había días que estaba muy tranquila y en ocasiones se tornaba muy agresiva. Sobre sus trabajos llama la atención que, en ocasiones, decía que la razón para dejarlos era la competitividad que había en ellos, pero en otras decía que se iba porque sus jefes le pedían favores sexuales o porque se llevaba mal con sus compañeros, cuando le preguntaba en que trabajos le ocurría esto último volvía a la versión de la competitividad. Durante las entrevistas era muy cooperativa incluso hubo ocasiones en la que me sugería que siguiéramos la entrevista de camino a su trabajo o que saliéramos de la casa, pues el ambiente no le gustaba.

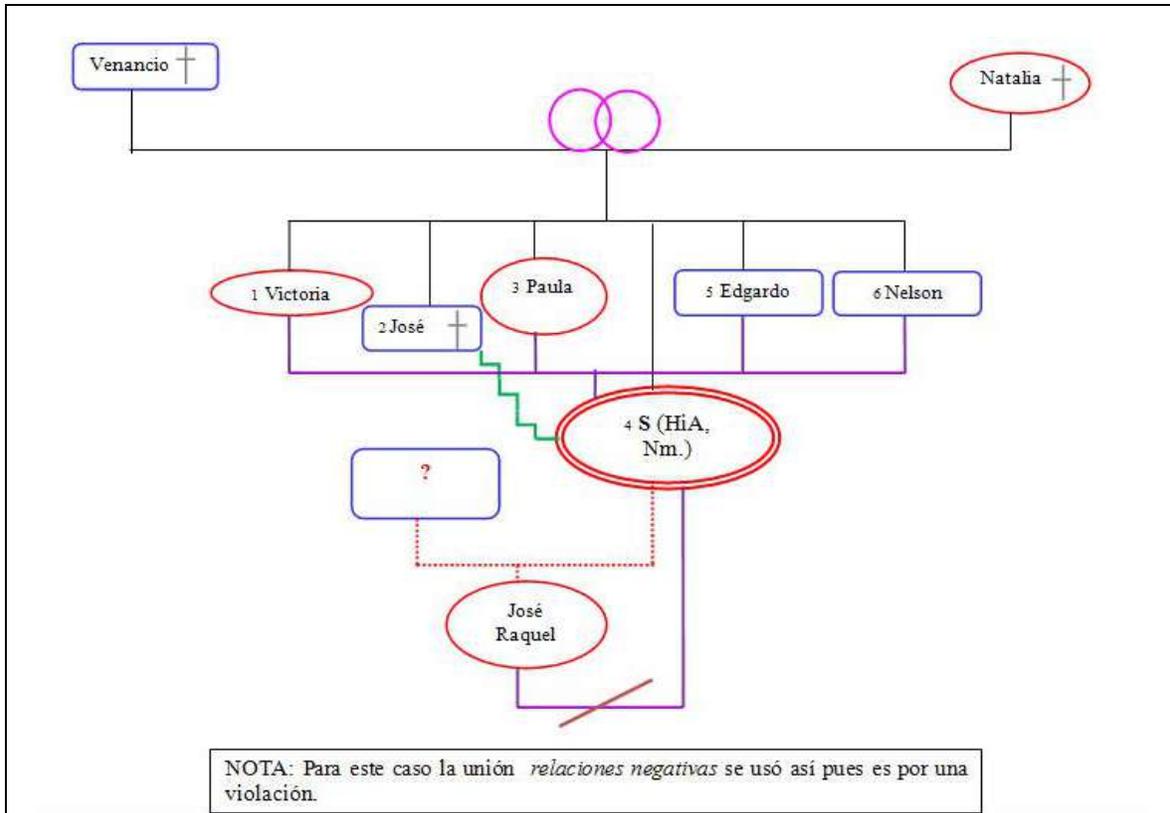
### **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

Cooperaba en tareas dentro de la casa, pero en muchas ocasiones ella misma se apartaba pues consideraba que su “demonio de la ira” la podía dominar. Estas ideas eran muy recurrentes en su discurso, así como las referentes a experiencias extrasensoriales, las vidas pasadas, entre otras.

Posiblemente el uso prolongado de drogas diversas (marihuana, piedra, cocaína y alcohol) sean los causantes de ideas paranoicas sobre la gente que se encuentra en la calle, piensa que toda la gente con la que tropieza o la empuja lo hace a propósito.

Luz dice evitar las discusiones dentro de la casa, y mencionó que aún le faltaba encontrarse a sí misma, que la única persona que puede ayudarla es dios a través de su grupo de Alcohólicos Anónimos, aunque también decía que el diablo es como medio para solucionar sus problemas o frustraciones.

### ***ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA FAMILIAR (FAMILIOGRAMA POR GENERACION, EVENTOS Y ENFERMEDADES).***



## SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO

Conviene un tratamiento en el que aprenda a controlar sus impulsos ya sea mediante sesiones con técnicas vivenciales y de toma de decisiones, o solución de problemas, pues no sabe resolverlos sin recurrir a la violencia. Se recomienda hacer una visita al centro de salud y entrevistar a parte del personal que la atendía desde que llegó al centro donde vive, pero que suele perderse en sus visitas por varios meses. Saben que Luz viajaba mucho por diferentes motivos, incluso 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, así sus relaciones personales se ven afectadas en el medio en que se desenvuelve. Luz dejó de vivir en la casa hogar AG, pues debido a su conducta le fue notificado por el personal del centro que tendría que salir de la misma en un plazo establecido, dejó algunas cosas, pero ya no volvió por ellas, lo último que se supo de ella fue que estaba viviendo en la calle cerca del Zócalo. Bajo estos antecedentes se puede suponer que Luz volverá a delinquir o a ejercer la prostitución; además hay que considerar que volver a vivir en la calle la va a exponer nuevamente al consumo de drogas, razón por lo cual el pronóstico es reservado.

Como observaciones respecto del caso se puede señalar que la movilidad que tuvo Luz fue un factor determinante para no poder consolidar redes de apoyo social. También se puede ver que los límites familiares no eran claros y mantenían mucho un pensamiento mágico religioso que comprometía su forma de convivencia familiar. No se observaban roles claros ni estructura de tiempos y actividades; además no se pudo identificar posibles nexos con otros familiares y sus condiciones de migración generalmente eran de forma ilegal, lo que la privaba de apoyos sociales.

## **SECCIÓN II**

### **CASOS CLINICOS PARA ANÁLISIS DE SU SALUD MENTAL**

En esta sección se presentan una serie de casos que, en su mayoría, al igual que los antes mencionados, el autor del presente manual tuvo oportunidad de trabajar en diferentes escenarios. Algunos casos fueron retomados de los medios de comunicación, y cuando es así se citará su fuente original. En lo posible se trató de contar con información reciente de casos afectados por COVID-19 pero muy pocos cuentan con información completa y sustentada.

Los casos con los que se trabajará en este manual son reales y fueron elegidos siguiendo cinco criterios. El primero es que hubieran sucedido en un plazo menor a cinco años; el segundo es que todos tuvieran experiencia como migrantes; el tercero es que fueran personas de diferentes nacionalidades que migraron por diferentes motivos dentro o fuera de su país de origen; el cuarto es que, dadas sus vivencias y circunstancias, reflejaran diversas problemáticas con las cuales el personal de salud se pudiera encontrar en centros de salud y asistencia a migrantes; el quinto y último criterio es que se buscó que los casos reflejaran los problemas y padecimientos que comparten los migrantes, ya sea que sufran o no contagio por COVID-19, y que reflejan padecimientos en su salud mental que no necesariamente tienen un origen psiquiátrico o neurológico.

Dado que los casos para trabajar son reales, al igual que los casos de la sección anterior, se han cambiado los nombres y datos de estancia, para proteger la intimidad de las personas aun cuando la mayoría ya ha fallecido. Se presentan aquí únicamente con motivos educativos y profesionales. Es importante tomar en cuenta que los problemas de salud mental van variando con el tiempo, incluso de generación en generación, así que el personal de salud tendrá que cuidar desde donde percibe el problema, y qué tan actualizada es su mirada.

En esta sección se va a trabajar según las siguientes instrucciones, y se puede trabajar en una o dos sesiones.

Si se puede trabajar en grupo, en forma virtual o presencial, los participantes van a reunirse en parejas o tríos y cada quien va a elegir dos casos. Uno de los casos será el mismo para cada pareja o trío, el otro caso queda a gusto de cada quien.

Se dan un tiempo límite, para leer los casos, y al finalizar van a señalar los tipos de riesgo que cada caso presenta que pudiera afectar a su salud mental, y la forma en que cada quien habría abordado el caso, especificando los elementos que le dan sustento a la manera en que podría haberle dado atención. Terminado el punto anterior se reúnen y comentan lo que les llamara la atención de cada caso revisado. Pondrán particular atención a cómo vieron cada quien el caso en común, y llevarán unas notas de sus comentarios.

Una vez revisado el caso en común indicarán si cambiarían algo de lo que pensaron del otro caso que revisaron, y lo comentarán en el equipo argumentando las decisiones que tomaron. Al terminar este proceso todos los integrantes del equipo procederán a enlistar los elementos que utilizaron como indicadores de los riesgos y cambios en la salud mental, además deberán enlistar los recursos que podían identificar qué se tenía en las personas de cada caso.

Al terminar la revisión se procederá a identificar qué nivel de atención estaban considerando que se podrá atender, desde la atención al síntoma hasta la búsqueda de trascendencia como se señaló anteriormente en este documento. Además, elegirán un caso de los que trabajaron en equipo y realizarán un análisis desde el esquema básico de la salud, señalando los mecanismos de defensa que pudieran observarse. Es indispensable reconocer que lo central no siempre es llegar a un diagnóstico en el caso de la persona migrante, lo importante es contar con elementos que al personal de salud le sirvan de puntos de referencia para identificar lo que le afecta, y poder brindar orientación en ese sentido. Por tal motivo se deberán abordar los casos pensando en los conceptos revisados en el texto tales como los tipos de síndromes, el esquema básico de salud, el posible efecto de desamparo aprendido, elementos básicos de asertividad y derechos asertivos, diferenciación de ideas racionales e irracionales, y la tipología familiar según el modelo circumplejo. Al final se discute la experiencia de la revisión de casos en una sesión plenaria. Se puede tomar como punto de partida para el trabajo con los casos las siguientes preguntas:

### **Cuestionario 3. 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, o punto, se puede identificar la decisión de migrar que toma la persona del caso?
3. Siguiendo con el esquema básico de la salud ¿qué recursos se puede identificar en la persona?
4. ¿El caso revisado permite identificar algún riesgo de estar en condición de desamparo aprendido?

5. ¿Ante qué riesgos, o presiones externas, se enfrentaba la persona al migrar según el caso revisado?
6. ¿Qué condición se puede observar en el caso en su tipología familiar?
7. ¿Qué tipo de ideas, racionales e irracionales, se pueden identificar en cada caso?
8. ¿Qué habilidades sociales y de asertividad estaban en juego en los casos que se presentan?
9. ¿En los casos revisados, con qué factores protectores se podrían haber encontrado las personas?
10. ¿Qué mecanismos de defensa se identifican más frecuentemente en los casos citados?
11. ¿Qué sentimientos generan en ti los diferentes casos con los que trabajaste en este documento?
12. ¿Cuáles son los tipos de problemáticas más frecuentes que identificas en los casos revisados?
13. Actividad vivenciada mediante dramatización y juegos de roles.
14. Tomando los casos en su conjunto ¿qué tipo de problemas de salud mental se podrían anticipar, o identificar, considerando su género, edad y condición personal.
15. Con lo revisado hasta el momento ¿qué recomendaciones se podrían hacer a los diferentes países en relación a sus programas de políticas públicas en salud mental. De ser posible en este punto se elaborará un ensayo de 10 a 12 cuartillas.

#### **Caso 5. Joven costeño con discapacidad en condición de calle**

Se trata de un joven de aproximadamente 24 años que se le nombrará como Felipe, integrante de una comunidad indígena del sureste mexicano, que presenta parálisis cerebral leve que no le permite pararse o caminar erguido, pero es altamente funcional, tampoco habla de forma fluida pero se le entiende bien y se comunica con naturalidad. Fue llevado por su familia a un centro comunitario para la atención de la discapacidad en comunidades rurales, en ese centro se le ofreció capacitarlo para un oficio, pero él aceptó al principio y poco a poco se fue

desentendido del curso de capacitación. Un día decidió que ya no quería seguir en el centro y prefirió retirarse, se le trató de explicar lo que faltaba por hacer, pero él prefirió irse del centro y tratar de vivir por su cuenta. Un día parte del equipo realizaba trabajo de campo en la cabecera municipal y se encontraron con Felipe. Él saludó al equipo y se puso a platicar con ellos, comentó que ya no quiso regresar a su comunidad, que vivía en la calle y trabajaba limpiando las mesas de restaurantes y cafeterías donde se lo permitieran.

Dormía en el piso, vestía con 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. Había veces que comía lo que lograba pescar en el malecón o en el río. Al explorar los motivos por los cuales decidió vivir así respondía que toda la gente trataba de abusar de su confianza, que nadie le reconocía su trabajo y que siempre se le ponía a hacer cosas que no le interesaban. Felipe aseguraba que dios sabía lo que le manda en la vida y que él debe cumplir lo que le diga 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 la capital del Estado y vivir allá, pero nunca quiso aprender un oficio ni regresar a su comunidad, de hecho, le costaba integrarse en las actividades grupales que se realizaban en el centro con otros jóvenes con discapacidad.

**Caso 6. Migrante que muere por COVID-19. (Caso retomado de datos proporcionados en una entrevista hecha por Spagat E. 2020 y publicado en Al-Dia-Inmigración del Dallas News)**

Luis era de origen mexicano, pero vivía en Texas, tenía 57 años y no veía a su familia desde hace casi ocho años, desde que regresó por segunda vez a Estados Unidos; era originario de Guanajuato y dejó a su familia con su esposa y cinco hijos. La primera vez estuvo fuera por casi siete años, pero había logrado ver a la familia al menos dos veces y les llevaba dinero.

Dos de sus hijos también fueron migrantes por un tiempo y llegaron a trabajar con su padre en almacenes y jardinería por breves temporadas, pero terminaban regresando pues no querían dejar sola a su madre con sus hermanas.

Luis era diabético y ya presentaba complicaciones propias del padecimiento, empezaba a perder la vista y tenía problemas en los riñones, pero también iniciaba con un problema de pie diabético.

Dadas las condiciones de irregularidad de su situación Luis no tenía documentos que le permitieran tener un trabajo estable y con prestaciones. Carecía de servicios médicos y vivía en una habitación modesta que incluía un sanitario, ahí Luis tenía todo lo poco que poseía. Dada la naturaleza de los trabajos que Luis realizaba, tales como jardinería y construcción, se contagió y se fue a atender en los servicios de salud públicos, pero tenía miedo de que lo deportaran y solamente hablaba con su familia por celular. No tenía amigos ni conocidos con los cuales pudiera contar en momentos de crisis y necesidad.

Cuando a mediados de abril se enteró que se había contagiado de COVID-19 no quiso decir nada, pero al final tuvo que avisarle a su familia lo que sucedía. Sus hijos intentaron ir a verlo pero no les fue posible, Luis fue identificado como persona de riesgo y le pusieron en aislamiento. Falleció en el hospital y una enfermera se ofreció a avisarle a la familia. Los restos de Luis fueron incinerados y la familia no ha podido recogerlos, él murió solo y sin poder comunicarse con la familia en sus últimos días. No dejó propiedades ni dinero que pudiera mandar a su esposa.

Al entrevistar a su esposa comentaba que no quería que Luis se quedara solo allá, le decía que se regresara, que aquí algo podrían hacer, pero Luis le decía que vivir aquí era más difícil para él, pues ya no le daba trabajo y tenían muchos gastos. A ella se le hace muy difícil saber lo que pasó, le pesa no saber en dónde quedaron sus restos; lo único que les ayuda es ir a la iglesia y rezar por él, pero hay veces que en las tardes tiene la sensación de que Luis podría regresar en cualquier momento.

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

Edna era una mujer de ochenta y cuatro años, viuda desde hace quince años, con dos hijas y un hijo entre cuarenta y cinco y cincuenta y dos años. Originaria de Alemania, en la ciudad de Berlín, emigró a Sudamérica después de haber sido liberada de un campo de concentración a los veinte y tres años.

Edna había quedado marcada con los números que les daban al ingresar al campo de concentración, nunca se los pudo quitar, pero recuperó su vida después de viajar por diversos lugares trabajando hasta llegar a Buenos Aires, ahí terminó de estudiar una carrera administrativa y conoció a quien fue su marido.

Edna entró a trabajar en el Ministerio de Seguridad Social y, con el tiempo, llegó a ser directora de un centro para mayores de la comunidad judía en Buenos Aires. Logró hacerlo crecer y mejorar los servicios, con su trabajo y trato se ganó el aprecio y cariño de los residentes y visitantes, pero con el tiempo Edna empezó a presentar señales de demencia. A veces se le veía aislada en un rincón hablando con una persona imaginaria, también se le olvidaban las cosas y eso la irritaba mucho. Hubo momentos en que notaron que Edna se tornaba más exigente hacia el personal del centro y su trabajo, pero conocían la historia y eso les ayudaba a respetarla. En sus momentos de gran descontrol se ponía a gritar ¡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 agarra el brazo marcado con los números que le pusieron y lo levanta lo más alto que podía gritando ¡Te he vencido Hitler! ¡Te he ganado a ti y a todos los tuyos!

El personal del centro le tiene un aprecio muy especial, pero no deja de llamar la atención la carga histórica de la experiencia de Edna. Notaron que conforme se presentaba el proceso de demencia varias de las ideas y recuerdos que ella tiene son de su pérdida familiar y su experiencia en el campo de concentración. El personal entiende que cuando Edna les grita, o agrede, no es a ellos como personas, es algo de sus recuerdos.

### ***Caso 8. Migrante japonesa sobreviviente de las bombas nucleares***

Akiko era una mujer de origen japonés, de 89 años, sobreviviente a las dos bombas nucleares de Hiroshima y Nagasaki. Durante la Segunda Guerra Mundial vivía con su familia en Japón cuando era una joven de 17 años. Trabajaba en el campo ayudando a su familia y al regresar del trabajo a su casa pudo ver cómo caía una bomba en Hiroshima, cerca de la cual vivía. Ahí perdió a sus padres y hermanos, pero tenía familia en Nagasaki y decidió irse para allá, pero cuatro días después cayó otra bomba y también vio cómo se destruía otra ciudad importante para ella, con esto prácticamente se quedó sin familia. Después de la rendición de Japón hubo mucha migración y ella logró viajar primero a Estados Unidos y luego a México, donde conoció a su esposo con quien tuvo dos hijas.

Puso un negocio de artesanía en la ciudad de Puebla y vivía tranquila. El negocio tuvo su prosperidad y la llevó a tener una solvencia económica y la familia le ayudaba. Akiko era muy callada, sencilla pero de carácter fuerte; nunca regresó a Japón ni tuvo contacto con la familia lejana que se quedó allá, era muy trabajadora y conservaba algunas de sus costumbres de origen como pintar y escribir. Con el tiempo sus hijas se dieron cuenta que a Akiko le empezaba a costar trabajo recordar cosas, pronunciar algunas palabras, se perdía en el fluir 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 buscar un lugar para llevarla y ahí la atendieron hasta que murió en el año 2017 con una demencia avanzada.

### ***Caso 9. Intento suicida de T.O. (El caso se retoma de una publicación previa de Quintanar, 2008)***

T.O. era un joven de 17 años que había llegado a servicio de psiquiatría del hospital por encontrarse en un estado profundo de tristeza, deprimido y no quería hablar con nadie. Cuando llegó se le hizo una entrevista clínica, y se le orientó

para su estancia en el pabellón. La madre proporcionó la información, pero no sabía los motivos por los cuales su hijo T.O. se sentía así, él solamente decía que no confiaba ya en nadie y se sentía y tampoco se sentía a gusto con su familia y no sabía qué hacer. No se encontraron indicadores de que fumara o de consumo de drogas o alcohol. La familia vivía en una de las zonas más pobres del norte de la ciudad de México, en su casa vivían sus padres tres hermanas, una de ellas incluso 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 ocasionalmente vendía algunas cosas para ayudar a los gastos del hogar, su padre había sido comandante de la policía estatal y hoy trabajaba como guardia de seguridad en una compañía privada. Su casa era de dos niveles asentada en un terreno irregular, al interior se encontraba una escalera de cemento pegada a la pared y daba tres vueltas con un descanso, en la parte superior tenía un tragaluz, el resto de la casa estaba arreglada de manera modesta pero limpia, entre toda la familia la habían construido y distribuido con sus respectivos espacios para los que vivían en ella.

Cuando T.O. fue internado el director del pabellón lo entrevistó pero no le dedicó el tiempo suficiente para escucharlo, era conocido por actuar con cierta prepotencia y despotismo, casi no consideraba las sugerencias de psicólogos y terapeutas que trabajaban en el hospital, él se centraba en brindar tratamiento medicamentoso pero casi nunca daba seguimiento real a los casos que atendía pues eso lo hacían los residentes; exigió que no se tocara para nada a los pacientes y que no se tomaran los expedientes. Al director se le había hecho una sugerencia de que antes de dar de alta a T.O. se consultara a la familia y se le brindara atención pues se desconocía casi todo sobre la familia y otros hermanos; esto nunca sucedió ni fue tomada en cuenta. El director del pabellón se la pasaba la mayor parte del tiempo en reuniones sindicales y casi no iba al pabellón por las tardes, solamente lo recorría en la mañana.

Las responsables de trabajo social y terapia familiar invitaron a T.O., desde el principio, a participar en las actividades dentro del hospital a lo que él accedió, pero se sentía torpe con tanto medicamento. Le gustaba pasar el rato lanzando

un balón de basquetbol a la canasta, podía pasar mucho tiempo en esa actividad, además 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, pues T.O. los protegía y les compartía algo de lo que comían, pues además los alimentos no eran muy agradables ni a la vista ni al paladar. No hablaba con nadie, se quedaba callado la mayor parte del tiempo pero colaboraba y permanecía en silencio al realizar sus actividades. Por el efecto del medicamento se sentía adormilado pero cada vez que podía participar de otra actividad lo hacía.

Después de casi dos meses de T.O. en el pabellón, un viernes llegué y al entrar me enteré de que a T.O. lo habían dado de alta y no se dio más información, pasó todo el fin de semana y al llegar el lunes a las siete y media de la mañana me encontré a un par de compañeras y lo primero que me dijeron fue “a que no sabes quién regresó”, y me pidieron que fuera al área de enfermería del pabellón pero que lo que encontraría no iba a ser muy agradable, así lo hice y al abrir la puerta lo primero que me encontré fue a T.O. tenía un ojo totalmente morado, el pómulo abierto casi con exposición de hueso y con una abertura en la cabeza, con el cuello totalmente lastimado, sin piel y con el músculo y tejido graso expuesto a lo largo de la herida. Estaba sedado y había llegado el domingo anterior en la noche.

Resultó que cuando T.O. llegó a la casa, el viernes que lo dieron de alta, la familia lo recibió y lo atendió, pero el domingo a medio día decidieron ir a comprar algunas cosas todos juntos y le preguntaron a T.O. si quería ir, pero él respondió que tenía sueño y prefería dormir un rato en lo que llegaban. Toda la familia salió, pero a una de las hermanas se le olvidó un suéter y al regresar y abrir la puerta ella empezó a gritar muy desesperada pues se encontró a su hermano colgado de la escalera. T.O. había intentado suicidarse colgándose en el tragaluz de las escaleras y lo encontraron a tiempo para salvarle la vida. Se formó un equipo de cuatro personas, sin avisarle al director, y se realizó una visita al hogar. Se decidió hacer una visita a la casa de T.O. y averiguar lo que había sucedido; a partir de

ese momento se inició una serie de asesorías con T.O. y su familia junto con una serie de entrevistas individuales.

Al hablar con T.O. se encontró que todo se inició desde hacía casi tres años cuando T.O. decidió alcanzar a dos de sus hermanos que vivían en algún lugar de los Estados Unidos. Sus sus hermanos habían querido irse para allá a trabajar y lo consiguieron, por tal razón eran motivo de orgullo para los padres que no perdían oportunidad de hablar del tema cuando podían. T.O. les platicó a sus padres la idea de irse a alcanzarlos y ellos lo apoyaron, establecieron contacto con sus hermanos y se fue para allá.

Al llegar T.O. notó que algo pasaba y él no lo entendía, no encontró el trato que esperaba de sus hermanos, ellos habían adquirido otras costumbres y hábitos, se habían cambiado de religión pero no la practicaban. Al poco tiempo se dio cuenta que sus hermanos eran adictos a las drogas, que habían tenido problemas con la policía y eso no le gustó, se dio cuenta que era algo que no les podía decir a sus padres.

Cierta día T.O. llegó de trabajar a su casa con sus hermanos y se encontró que había una reunión con sus amigos de la que no le habían comentado nada, al entrar todos lo invitaron a reunirse con ellos en la fiesta ofreciéndole cervezas y bebidas que él aceptó, pero al poco rato le empezaron a presionar para que consumiera alguna droga y fumara marihuana. T.O. se negó y sus hermanos y amistades se molestaron y al calor de las drogas sufrió una violación tumultuaria y violenta en la que también participaron sus hermanos. T.O. quedó muy lastimado, no supo qué hacer ni a dónde ir, fuera de sus hermanos no tenía a nadie más a quien acudir. Eso lo distanció de los hermanos quienes terminaron por no apoyarlo. Al poco tiempo regresó a casa de sus padres sin poder hablar de nada, sintiéndose un fracasado, desilusionado y engañado pues no había podido conseguir nada de lo que había tratado de buscar; pero a los pocos meses su tristeza era tal que su familia lo ingresó al hospital y nadie supo nada. Todos

estos datos no estaban anotados en el expediente, razón por la cual no se tenían antecedentes claros.

Al realizar la primera visita al hogar se observó que en la familia se tenían 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, entre ambos se fueron adelantando al hogar y no tenían otras. Al pedirles que mostraran como sucedió todo explicaron que el fin de semana pasado habían pensado en salir a hacer compras en familia, habían notado que T.O. se encontraba tranquilo después de que salió del hospital. Por la tarde del domingo salieron los padres, de T.O., sus dos hermanas, unas sobrinas, y su cuñado a hacer compras cuando una de las hermanas se acordó que no traía suéter y regresó por uno. Al tocar no le abrieron la puerta y al entrar le sorprendió ver que T.O. se encontraba meciéndose colgado del cuello, gritó y salió corriendo a pedir ayuda. El padre espantado vio como salvar a su hijo y trató de sostenerlo de los tobillos y gritaba ¡un machete, traigan un machete!, llegó corriendo una de las hermanas de T.O. y cortó la cuerda mientras el papá aun lo sostenía de los tobillos; por esta razón T.O. cayó inconsciente al piso sobre el filo del escalón y su pómulo izquierdo llegando a reventar la piel, dejando expuesto parte del hueso y abriéndose la frente. Llevaron a T.O. a una clínica y de ahí lo mandaron al hospital psiquiátrico.

Al hacer una serie de visitas a la casa de T.O. se encontró que casi nadie trataba el tema y esto complicaba abordar la necesidad de plantear el 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, 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 entonces salté hacia la viga dejando que mi cuerpo se meciera mientras le decía “¿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 lo encontró y, de pronto, me gritó ¡Nooooo, Dr. Nooo haga eso!, y por primera vez lloró. Todos

llegaron abrazando a su papá y comenzaron a llorar juntos. Los padres decían llorando “no es justo, no es justo lo que hicieron... ¿en qué fallamos?”.

Al poder hablar con todos el padre aceptó que se había sentido desilusionado de T.O., que había idealizado mucho a sus otros hijos. Reconocieron que no le habían brindado a T.O. el apoyo que necesitaba, que habían tenido los ojos cerrados a lo que hacían los hermanos mayores. Los padres empezaron a discutir entre ellos, pero una de las hijas marcó un alto y les dijo que ya era suficiente. Pidió que los padres pusieran de su parte para tratar a su hijo. Los padres se sintieron muy desilusionados, incluso se sentían engañados por sus dos hijos mayores; las hermanas marcaron distancia con ellos y los padres pudieron hablar 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 seguía apoyando a la familia vendiendo algo de lo que podía.

Dada la falta de profesionalismo en la atención recibida la familia no quiso regresar al hospital, se estableció el contacto con una psicoterapeuta particular que atendió a T.O. por 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 la marca de su intento, pero hoy iba de compras y estaba bien, incluso sonreía con una persona que lo acompañaba, estaba trabajando y contento, ya no usaba medicamento y no volvió a ver a los hermanos.

#### **Caso 10. Mujer joven indígena, migrante y cuidadora**

Se trata de Clara, una mujer de 22 años que vivía en un pueblo de las montañas de Chiapas de la comunidad chatina en México, con educación escolar básica incompleta pero es una mujer de trabajo y habla chatino, zapoteco y castellano. Cuando tenía 15 años conoció a José, un varón de 28 años que era peón en el campo y trabajaba por temporadas como jornalero. Él la convenció de que se fueran a vivir juntos y que la sacaría de su casa donde había muchas carencias y

problemas con sus padres y sus cinco hermanos; le había prometido a Clara que viviendo con él no le iba a faltar nada y que 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 conseguir comprar sus bebidas en ocasiones vendía droga a los extranjeros que veía en la plaza del pueblo y se llevó a Clara a vivir con la familia de él en otro pueblo.

Clara se embarazó de José, pero la bebé nació con síndrome de Down y nadie le explicó con claridad en qué consistía eso. Al momento de conocerla su bebé ya tenía cuatro años con diversos problemas en su desarrollo psicomotor y padecía desnutrición. Había perdido contacto con su familia de origen y un día José tuvo un accidente y quedó con hemiplejía, lo cual le impidió trabajar.

Clara terminó convirtiéndose en doble cuidadora, de su bebé y de su pareja, pero también tuvo que trabajar y sus ingresos eran muy 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.

## **Caso 11. Morir de hambre**

### **Historia clínica.**

#### **1. Datos de identificación.**

Se trata de una paciente de sexo femenino de 62 años de edad residente de una colonia popular del norte de la ciudad de México a donde llegó después de salir de su tierra natal en un pueblo en Michoacán, primero llegó a un lugar a Querétaro

donde vivió casi ocho años, y de ahí a la capital hace casi 14 años, pero se asentó en un terreno irregular y poco a poco fueron contrayendo su casa en la parte superior de un pequeño cerro. Venía de una familia católica de condición humilde.

## **2. Motivo de atención.**

Sobrino lejano solicita que sea atendida su tía pues observa que nadie la atiende, sólo 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 bien definida, nadie de la familia proporciona datos de utilidad y solamente mencionan que hace muchos años la señora dijo que se sentía muy cansada, la llevaron al doctor y les dijo que era necesario darle vitaminas y alimentarla bien, le mandó a hacer varios estudios, pero nunca los realizaron y simplemente de un día para otro la señora ya no se levantó ni habló. Al llegar a consulta en el hogar se le encuentra en cama, en malas condiciones de aliño y limpieza. Se le encuentra con infección bucal sublingual de aspecto similar al algodón y con lesiones por llagas en los codos, talones, caderas y glúteos. Una vecina la bañaba y le ayudaba a sentarse, también la hacía ligeros movimientos en extremidades.

## **4. Motivo de estudio.**

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

## **5. Historia familiar.**

Se desconocen antecedentes familiares de origen. La paciente tiene un hijo de 32 años, soltero que vive con ella, sin trabajo y alcohólico. No trata con nadie, no se relaciona con nadie, irritable y agresivo con los extraños y los vecinos. En lo poco

que se pudo hablar con él, decía que no había motivo para atender a su madre, que nadie la ha podido curar, que en parte todos son culpables de lo que pasó y él también se siente en parte así.

#### **6. Exploración física.**

Al momento de la exploración pesaba 33 Kg. Con signos vitales normales. Presenta abdomen ligeramente abultado, no se detectan 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, reflejos disminuidos, pero 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 otras expresiones de afecto.

#### **8. Tratamiento iniciado.**

Se realizó un arreglo general de habitación, cambio 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 realizaron visitas para sacarla regularmente 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. Murió por abandono y hambre cuando su hijo, y marido, la cambiaron de casa solicitando se les dejara en paz.

***Caso 12. Joven migrante con un golpe en la cabeza.***

Se trata de un joven migrante de Sudamérica, se llama José de 16 años, que 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 se despertó, pero hablaba muy raro. No se acordaba de cosas, pero sí conocía a las personas. Al caminar también caminaba de lado y ya no podía ayudar a cargar las cosas del camino.

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

### **Caso 13. Encuentro con la demencia**

Mujer adulta mayor CHS de 74 años, viuda y sin estudios, es católica y originaria de un poblado del estado de Jalisco. Vive en una casa de protección social pública y no reporta más familiares cercanos que a sus hijas.

El inicio de la consulta se dio debido a que fue referida por la directora de la casa, ya que me mencionó que era necesaria una evaluación urgente para C, pues presentaba algunos rasgos de demencia.

Estatura mediana, complexión delgada, cabello corto canoso y escaso, tez morena clara, marcas de nicotina en los dedos índice y anular de la mano derecha debido al consumo de tabaco durante 30 años aproximadamente.

Dificultad en el andar se desplaza mediante la ayuda de una silla de ruedas, manifiesta cansancio y mareos constantes, se ve mucho mayor de su edad cronológica, se observa deterioro cognitivo. En las primeras entrevistas notaba que traía puesta la misma ropa por varios días, su apariencia era desaliñada, pero a partir de que le fue comisionada a dos personas para que la cuiden, su aseo personal mejoró significativamente, se alimenta sin ayuda. Durante todas las entrevistas se mostró indiferente, no expresaba ninguna emoción o interés, excepto al hablar de sus relaciones familiares, cuando se tocaba esa temática no contestaba ni asentía con la cabeza, que era lo más frecuente durante las entrevistas.

C reporta levantarse alrededor de las 7:30 de la mañana, aproximadamente a las 8 de la mañana toma su desayuno, después de lo cual se recuesta o como ella menciona “ando por ahí, pues ni me dejan hacer nada”. Espera acostada o durmiendo a que llegue la hora de la comida, se acuesta, sale un momento al patio a fumar o solo “a tomar el sol”, merienda y se acuesta para dormir. Menciona que los fines de semana o días festivos “son iguales a todos los demás días”.

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

Sobre este aspecto reporta su estado de salud como malo, padece hipertensión arterial, dice sentir “punzadas en el corazón”, vértigo, así como anemia y estreñimiento, menciona dolor constante en ambas piernas, ha tenido algunas caídas, según reporta sin secuelas graves. Para este tipo de dolores se automedicaba, pero desde que vive en la casa. Además mencionó tener flujo vaginal de color amarillo y con mal olor. Tiempo después me enteré de que su prueba de VIH había sido positiva. Menciona que duerme muy bien, que come todo lo que le dan en la casa en los horarios que son programados, cabe mencionar que el alimento que recibe en la casa es de acuerdo a una dieta para personas adultas mayores, aunque en ocasiones C toma refresco de cola, o alimento que no fueron programados como parte del menú (quesadillas, frituras y dulces). C fumaba desde hace aproximadamente 30 años, dejó de hacerlo a partir de que su salud se empezó a deteriorar cada vez más, también tomaba alcohol de manera diaria por casi 30 años, aproximadamente tomaba doce tragos de bebidas tales como tequila, brandy o cerveza.

Presenta signos de deterioro cognitivo, además como mencionó en la sección anterior, tiene mareos frecuentes que le impiden desplazarse con facilidad, por lo cual necesitaba apoyarse en las paredes.

En este punto C no menciona los hechos con una secuencia lógica de tiempo, salta de una edad a otra, menciona que “a los 14 años trabajaba de nana” dice que este fue su primer trabajo, pero luego menciona “a los 30 años fue mi primer trabajo y trabajaba haciendo el aseo”, después retoma y dice “yo siempre fui nana,

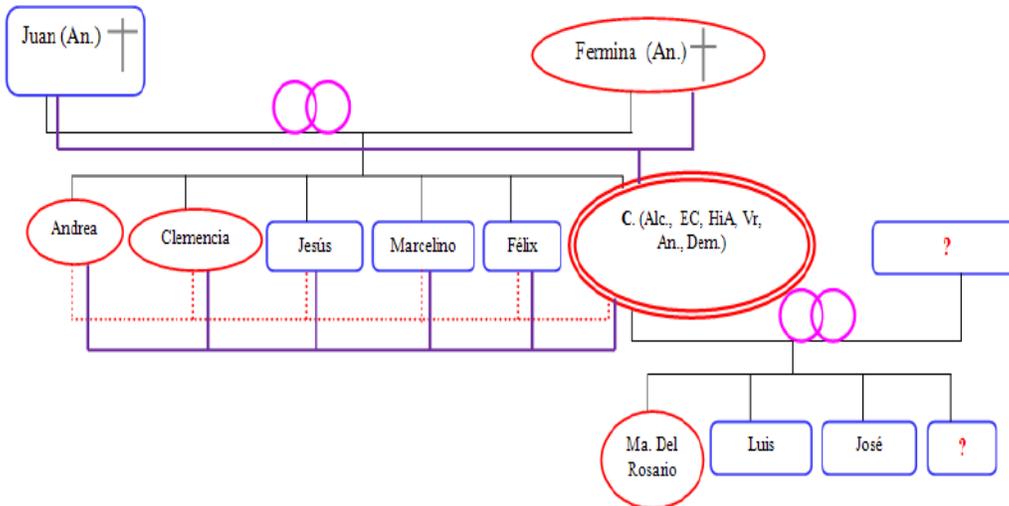
empecé a los 22 años, luego mi mamá me sacó de trabajar”. Esto se repitió en varias ocasiones, sobre el sueldo que percibía menciona que ganaba \$70 u \$80, en cualquiera de los dos empleos que mencionó.

No aporta muchos datos sobre su juventud, solo hace mención de algunos aspectos tales 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”. Además, mencionó admirar a Pedro Infante “porque estaba guapo, actuaba bien, cantaba bonito”.

Sobre el inicio de su vida sexual no contesta, aunque comenta que se casó a los 15 años y su primer hijo lo tuvo a los 16, así que supongo que ésta inició después de casarse. Al preguntarle sobre si ejerció la prostitución comentó “yo no fui prostituta, yo siempre trabajé de nana...” “Si tomaba, pero no me iba de puta.” Mencionó que nunca fue prostituta, aunque otras residentes de la casa comentaron que uno de sus hijos se enteró y por esa razón la corrió de su casa.

Las entrevistas tuvieron una duración muy breve, pues cada vez el estado de salud de C se deterioraba cada vez más, su estado de ánimo también se deterioraba, cuando la conocí hablaba poco pero era ella la que tomaba la iniciativa y en las últimas ocasiones sólo asentía con la cabeza cuando se le decía cualquier cosa, además 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 el hospital, en la casa dejó de participar en las actividades de la misma, pasaba el día en su habitación durmiendo, le fue diagnosticado 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 al cual se le pudiera contactar.

## ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA FAMILIAR (FAMILIOGRAMA POR GENERACIÓN, EVENTOS Y ENFERMEDADES)



NOTA: En el caso de C no se tienen muchos datos para tener un famioliograma 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 iban proporcionando

### SIMBOLOGÍA



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

Se trata de Víctor, un joven chileno de 35 años que sobrevivió a la dictadura pinochetista a fines de los 80's, llega a México esperando poder viajar a Francia. De Chile logró salir para viajar a Canadá, no contaba con documentos oficiales, pero tenía formación en terapia física. Estuvo preso casi dos años y fue torturado

con choques eléctricos en los genitales, razón por la cual quedó estéril y una ligera lesión en las rodillas. De Canadá diversas asociaciones civiles le ayudaron para llegar a México, y poder tramitar documentos oficiales para regularizar su estatus migratorio. Llegó a trabajar a un centro comunitario en las costas de Oaxaca, en México, para la atención de la discapacidad.

Durante su estancia en Oaxaca se presentó el huracán Gilberto que fue uno de los más destructivos en esa zona, y Víctor perdió en su totalidad lo que había logrado consolidar. Durante casi cinco días se sentía 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 básicas de ningún tipo, pero con la ayuda de organizaciones sociales logró conseguir duplicados de documentos de identificación, así pudo tramitar pasaporte y visa.

Logró trabajar tiempo extra y pudo irse a vivir a Francia con una compañera que conoció en el centro.

#### **Caso 15. Brote de Covid-19 en albergue de migrantes; 16 contagios en Ciudad Juárez (El Heraldo de Juárez).**

Al menos 16 migrantes originarios de Centroamérica, Cuba y Camerún dieron positivo a la prueba de coronavirus en un albergue en Tamaulipas. Según lo reportado, 14 se contagiaron en un albergue en Nuevo Laredo, a donde ingresó otro de ellos tras ser deportado de Houston, Texas, sin conocer su condición de ser portador del virus. De los casos confirmados en el albergue, 13 corresponden a hombres y dos a mujeres. Todas estas personas ya se encuentran aisladas en el mismo centro.

El otro caso confirmado es un joven de 21 años, originario de Michoacán y con residencia en Querétaro, que fue repatriado por la frontera de Reynosa el pasado 17 de abril, procedente de Atlanta, Georgia. El migrante fue identificado en

primera instancia en el filtro de Sanidad Internacional en el puente de Reynosa-Hidalgo, donde de inmediato se activó el protocolo establecido ante los casos sospechosos.

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

**Caso 16. Entrevista a migrante en primera caravana 2020 (caso retomado y adaptado de un documento de la OIM 2020)**

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

Buscando cómo mejorar sus condiciones estaba viendo las noticias y ahí se enteró de que se estaba organizando otra caravana, la primera del 2020, que iba a salir para Estados Unidos. En ese momento supo que algunos de sus amigos se irían en ella y se le ocurrió pensar que se podría unir a ese grupo. Sin embargo no tenía dinero y se puso a conseguirlo haciendo trabajos complementarios, logró cruzar de Honduras a Guatemala, pero al llegar a la frontera con México se les impidió continuar y algunos empezaron a separarse del grupo, varios decidieron seguir por su cuenta y algunos decidieron regresar, entre ellos Blanca. Al preguntarle la razón de su retorno comentó que le era difícil seguir en las condiciones en las que estaba, decía que Guatemala les atendió y apoyó con comida, agua y cobijo temporal, pero también se acordaba de su hijo y se dio cuenta que él no iba a estar mejor si ella le faltaba, se lo encargó a su hermano pero él no siempre lo podía atender pues también llegaba a tener sus propios problemas, además su madre es una persona mayor y no vería a su hijo con todo el cuidado que ella le podría dar.

Considera que volverá a intentar llegar a los Estado Unidos pero en otras condiciones, pues ahora con la pandemia y las restricciones que les ponen las cosas se complican más. Espera no enfermarse, pues se da cuenta de que 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 tampoco tenían las condiciones para el lavado de manos y mejor higiene personal. A pesar de las visitas del personal de salud, ellos no dejan de sentir temor al contagio, y reconoce que había gente que no creía en el COVID-19, por eso no se cuidaban ni cuidaban la salud de los demás. Espera regresar a su trabajo y buscar otro mejor momento para salir.

### SECCIÓN III

## **PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

### **Justificación**

El Secretario General de la ONU, Antonio Guterres (2020), ha promovido a los gobiernos de los países la atención a la salud mental de toda la población a nivel mundial, sobre todo por el impacto que ha tenido la pandemia por el COVID-19 y sus posibles secuelas. Esta propuesta requiere conformar equipos de trabajo, y la capacitación, de los profesionales de la salud.

La OMS (2013) presentó un plan de acción integral elaborado mediante consultas con los Estados Miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales. Se desarrolló desde un enfoque integral y multisectorial, buscando la coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, y concede especial vigilancia a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación; son planteamientos para el desarrollo de programas más amplios. Pero hay programas de salud mental más específicos, en esta sección se presentan siete de ellos que pueden servir de modelo para el desarrollo de programas propios.

En esta tercera sección se retoman modelos de programas que existen en diversos servicios de salud en distintos países como México con la Secretaría de Salud (2012), Colombia con el Ministerio de la Protección Social (2005), y de Perú con el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria (2018).

En cada uno de esos lugares se desarrollan programas según sus recursos y posibilidades, en general contienen una organización parecida con abordajes compartidos, pero no siempre son conocidos por los profesionales de la salud siendo ellos quienes podrían impulsar programas de este tipo no solamente para población migrante.

Es importante señalar que se recomienda que los profesionales de la salud que lleven a cabo varios de estos programas cuenten con formación en psicoterapia, y que en lo posible se cuente con un grupo de supervisión y apoyo.

En esta sección se propone trabajar en la revisión de los programas, y generar sesiones de discusión sobre sus alcances y posibilidades reales según las

condiciones del lugar de origen de los participantes. Como se podrá notar, 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 propio personal de salud cuente con un programa en el que se le pueda apoyar, además de que también los programas propuestos no se reducen a nivel de atención individual.

Los programas se presentan como ejemplos y, en caso de ser considerados, se les deberán realizar los ajustes necesarios y las precisiones que requieran. La idea central es que sea el personal de salud como enfermería, trabajo social o medicina, el que brinde la orientación psicológica en la que se han formado, pero pueden contar con apoyo de profesionales de psicología si se cuenta con este servicio. Los puntos desarrollados en los cuadros son generalidades recomendadas que pueden ser ajustadas a las condiciones del servicio en el que colabora el lector o lectora.

Los procedimientos que se presentan en esta sección son de elaboración propia retomando pautas de los diferentes programas y servicios de otros países, como se mencionó anteriormente, pero se respetó el formato con el que se trabaja en la Secretaría de Salud en México. Es importante señalar que el personal de salud, que tenga la posibilidad de poner en práctica lo que se propone en este manual, lo haga tratando de comprender el trabajo desde un enfoque de principios y procesos de la salud mental, más que de preocuparse por aprender técnicas.

## **1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN COMUNIDADES**

## 1.0 Propósito

1.1 Promover una relación dinámica y positiva entre la persona migrante y las personas de la comunidad a la que llega aprendiendo a identificar los frentes de entrada en los diferentes espacios de la comunidad, localizando algún servicio de salud mental que le oriente y permita resolver las alteraciones emocionales y/o afecciones personales y emocionales.

## 2.0 Alcance

2.1 Este procedimiento tendrá el alcance hasta donde llegue la cobertura del servicio de salud en el que se trabaja atendiendo a migrantes.

## 3.0 Propuestas de aplicabilidad de los procedimientos del manual

3.1 El responsable del programa tendrá la tarea de organizar a los colaboradores, y personas de la comunidad interesadas en la propuesta, para impulsar la vinculación comunitaria entre los pobladores y las personas migrantes que requieran atención a su salud mental.

## 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Responsable
1. Identificación del posible paciente migrante.	1.1. Identificar al posible paciente invitándole a recibir apoyo. 1.2. Mostrarle posibilidades de apoyo.	1.1. Organizar parejas o equipos de personal de salud para hacer un recorrido en la comunidad cercana al centro de salud.	Enfermería y trabajo social.
2. Entrega de información y plan de actividades.	2.1. Entrega de folletos y material informativo	2.1. Se promueve la información y discusión de los posibles apoyos.	Trabajo social, enfermería o psicología.

<p>3. Inicio de actividades de apoyo</p>	<p>3.1. Llama a la persona y enseña los frentes de entrada de la comunidad y grupos de apoyo a la salud mental.</p>	<p>3.1. Se reúne con la persona migrante y le explica, así como a personas de la comunidad, los posibles frentes de entrada, la manera de localizarlos y lo que podría encontrar en ellos y la forma de obtenerlos, ya sea alojamiento, alimento, actividad laboral temporal u otro.</p>	<p>Trabajo social o enfermería.</p>
<p>4. Visita de acompañamiento</p>	<p>4.1. Realiza visita a la comunidad acompañando a personas migrantes.</p>	<p>4.1. El personal de salud participante se reúne con la persona migrante y se hace un recorrido de acompañamiento explicando las condiciones de la comunidad y sus frentes de entrada. 4.2. Al terminar el recorrido se define lo que es necesario hacer y las decisiones que es necesario tomar por parte de la persona migrante.</p>	<p>Trabajo social o enfermería.</p>

		4.3. Es recomendable que durante el recorrido se le comente a la persona migrante condiciones psicológicas en las que se pudiera encontrar tales como reacciones defensivas, riesgos de presión social y otras más.	
--	--	---	--

## 5.0 Glosario

**5.1. Acompañamiento.** Actividad realizada por parte del personal de salud en forma conjunta con la persona migrante en un recorrido por la comunidad.

**5.3. Frente de entrada.** Punto de referencia comunitario en el cual hay conjunción libre de grupos sociales y personas vinculada a la comunidad, pueden ser tiendas, parques, templos, clínicas, bares o centros comerciales.

**5.5. Servicio de Salud Mental.** Espacio ubicado en los centros de salud en el cual se brinda orientación y atención en problemas de salud mental.

## 2. PROCEDIMIENTO DE ORIENTACIÓN PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE PRIMER CONTACTO Y SUBSECUENTE

### 1.0 Propósito

1.1 Brindar orientación humana, oportuna y realista a los migrantes de consulta de primer contacto del Servicio de Salud Mental que les brinde soporte, y permita

resolver las alteraciones emocionales y/o afecciones psiquiátricas, al acudir a buscar atención en servicios de consulta de primer nivel.

## 2.0 Alcance

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

## 3.0 Propuestas de aplicabilidad de los procedimientos del manual

3.1 El profesional de la salud tiene la responsabilidad de brindar orientación psicológica para el desarrollo de la salud mental, de las personas migrantes que lleguen al centro de salud y así lo soliciten, en especial de la consulta externa considerando orientación en asertividad, dinámica familiar, ideas irracionales u otros aspectos que se puedan abordar en breve tiempo.

## 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Responsable
1. Identificación del migrante con posible necesidad de orientación.	1.1. En un recorrido por el centro de salud se idéntica a personas migrantes que requieran orientación invitándoles a recibir el apoyo que se ofrece.	1.1. Dada la dinámica del centro de salud el personal colaborador hace un recorrido preguntando a los consultantes si hay migrantes que pudieran requerir apoyo u orientación. 2.1. El personal lo llama al migrante al espacio de consulta y le explica las posibilidades en las	Personal de enfermería, trabajo social o medicina.

		cuales podrían requerir apoyo psicológico en cuestiones muy concretas.	
2. Consulta médica/psiquiátrica.	2.1. En caso de que se requiera tratamiento con fármacos se informa sobre condiciones de trabajo.	2.1. Se le explica a la persona migrante en qué consiste la problemática que se le presenta y se le dan opciones de orientación psicológica para atenderla. 2.2. En caso de ser necesario se debe explicar que hay afecciones, o problemas, de salud mental que no se pueden atender con medicamento sino que se abordan con una revisión de estilos de comportamiento y experiencias de vida.	Personal de enfermería. Trabajo social
3. Realiza sesión de orientación.	3.1. Se invita a la persona migrante a la sesión de	3.1. La sesión de orientación se puede hacer individual, en familia o en pequeños	Enfermería o trabajo social.

	orientación especificando lugar y tiempo.	grupos, con una duración de 40 minutos a hora y media, aunque se pueda extender más. 3.2. Al iniciar la sesión se les pregunta si hay preocupaciones o inquietudes particulares que les afecte en ese momento y se comentan brevemente, y se les explica el procedimiento general de trabajo.	
4. Indicaciones de estudios, técnicas y pruebas psicológicas.	4.1. Indica si se recomienda solicitar pruebas psicológicas al paciente. 4.2. Se explica en qué consisten las diferentes técnicas con las que se puede trabajar.	4.1. Se explican brevemente lo que son las ideas irracionales, sus efectos y la forma de identificarlas. 4.2. Se comentan los tipos de relaciones familiares y cómo pueden afectar el bienestar de las personas. 4.3. Se le presentan los derechos	Médico de consulta externa. Enfermería Trabajo social.

		<p>asertivos que puede ejercer.</p> <p>4.4. Si el tiempo lo permite se le exponen las habilidades asertivas básicas.</p>	
<p>6. Información al migrante como paciente.</p>	<p>6.1. Explica al paciente la condición que le afecta en su salud mental.</p> <p>6.2. Orienta, propone y recomienda sobre posibilidades de atención que el paciente puede solicitar o recibir para su tratamiento.</p> <p>6.3. Si es necesario se le explica a la persona migrante lo que son los modelos terapéuticos.</p>	<p>6.1. Se le presentan videos cortos que pueden verse por internet, no más de 10 minutos, donde se ejemplifiquen situaciones comprometedoras y se comentan posibles formas de proceder.</p> <p>6.2. Considerando las opciones reales se le pide a la persona migrante que comente sobre los temas abordados.</p> <p>6.3. Se define si regresa a otra sesión o se termina con ésta.</p> <p>6.4. Si decide regresar se le invita a llevar a alguna persona que le acompañe. De lo</p>	<p>Médico de consulta externa y primer nivel.</p> <p>Personal de enfermería con especialización en enfermería psiquiátrica.</p> <p>Trabajo social con formación en psicoterapia.</p>

		contrario se le deja la opción de regresar.	
--	--	---	--

## 5.0 Glosario

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

**5.2. Psicología.** Ciencia que investiga el comportamiento, las alteraciones mentales y conductuales, además de realizar intervenciones con técnicas específicas, generadas en la investigación clínica y experimental, fundamentadas en la evidencia de la investigación científica.

**5.3. Modelos terapéuticos.** Conjunto de elementos conceptuales y técnicos que orientan en cómo brindar atención a la salud de los pacientes.

**5.4. Modelos psicoterapéuticos.** Conjunto de elementos conceptuales y técnicos, con diferentes enfoques teóricos de la psicoterapia, que orientan en cómo brindar atención a la salud mental a partir de la evidencia científica.

## 3. PROCEDIMIENTO PARA BRINDAR ATENCIÓN AL PACIENTE AGRESIVO O VIOLENTO

### 1.0 Propósito

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

### 2.0 Alcance

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

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

3.1 La captación de un paciente violento deberá ser respetuosa, cordial y tolerante frente a la problemática que presenta el migrante afectado o familiares.

3.2 La intervención terapéutica, sea farmacológica y/o psicoterapéutica, deberá ser oportuna por parte del personal médico y psiquiátrico.

3.3. La explicación al paciente deberá ser clara, y sencilla por parte del personal médico en compañía de un profesional de la psicología.

3.4. Todo paciente menor de edad deberá ser acompañado por un responsable mayor de 18 años.

### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Responsable
1.0 Recepción del paciente y detección de agresión.	1.1. Recibir al paciente, detecta agresión o diversas formas de violencia del mismo. 1.2. Solicita ayuda de los familiares y se informa al personal de seguridad.	1.1. Se identifica la forma en que se expresa la agresión, diferenciando si se observa algún grado de intoxicación o es una reacción de crisis personal. 1.2. Se averigua qué desencadenó este comportamiento agresivo y qué otros momentos hubo en que se haya comportado de forma agresiva. 1.3. Si se observa alguna forma de intoxicación se solicita el apoyo médico,	Médico del servicio.

		<p>pero sí es crisis personal se le deja sola a la persona acompañada de un profesional de salud bajo observación de personal de seguridad.</p> <p>1.3. Se guarda silencio un momento y se le invita a compartir lo que le afecta.</p>	
<p>2.0 Solicitud del personal de salud para apoyo y de seguridad.</p>	<p>2.1. Si el paciente continúa agresivo se solicita la intervención para contenerlo e intentar calmarlo y se informa para apoyo al servicio de salud mental.</p> <p>2.2. Se averigua el motivo de la agresividad.</p>	<p>2.1. Se retiran todos los objetos que pudieran ser de riesgo para la persona y quienes le acompañan.</p> <p>2.2. El personal de salud, asumiendo las actitudes básicas de cambio, le habla a la persona migrante pero no se trata de que entienda, sino de que se calme. Hay que recordar que por el estado emocional la racionalidad se ha desbordado.</p> <p>2.3. Se le invita a tomarse un breve tiempo y a considerar lo que pueda decidir.</p>	<p>Médico del servicio. Enfermería o trabajo social</p>
<p>3.0 Sedación del paciente y observación clínica.</p>	<p>3.1. En caso de continuar la agresión procede a sedar al paciente</p>	<p>3.1. Se le da un medicamento pertinente a criterio del médico en turno.</p>	<p>Médico del servicio.</p>

	<p>con tranquilizantes considerados en el cuadro básico institucional considerando las observaciones del servicio de salud mental para especificar las dosis aplicables.</p> <p>3.2. Observa clínicamente los cambios de la agresión del paciente.</p>	<p>3.2. Se identifican las posibles redes de apoyo con las que pudiera contar el paciente migrante y se les solicita colaboración mientras se les proporciona información.</p>	
<p>4.0 Vigilancia del paciente y solicitud de interconsulta.</p>	<p>4.1. El paciente continúa vigilado estrechamente por familiares y personal de seguridad.</p> <p>4.2. Solicitar la interconsulta del personal del servicio de salud mental.</p>	<p>4.1. Se solicita a familiar, o voluntario migrante, que apoyen en vigilar al paciente migrante.</p> <p>4.2. Se les proporciona información de posibles condiciones que generan agresividad en la condición de migración.</p> <p>4.3. Dentro de la información que se les proporciona se incluye comentar la irracionalidad de algunas ideas, la falta de asertividad y diversas reacciones defensivas</p>	<p>Enfermería o trabajo social.</p>

		como mecanismos psicológicos de defensa.	
5.0 Interrogatorio y diagnóstico integral de paciente.	5.1. Recibe al paciente y realiza interrogatorio indirecto para realizar un diagnóstico integral del proceso agresivo y decide continuar con el tratamiento. 5.2. Si la agresión mejora, el paciente migrante permanece internado y el servicio de psiquiatría es el responsable de valorar con regularidad su estado mental y de mantener al equipo médico asesorado e informado en la nota clínica.	5.1. Se le brinda la información de atención que se recomienda pueda recibir en el tiempo en que le sea posible. 5.2. En este punto es recomendable retomar las condiciones familiares en las que pudiera encontrarse, y se le orienta en cómo proceder ante ellas.	Médico psiquiatra. Trabajo social.
6.0. Seguimiento del paciente	6.1. En caso de ser posible se cita al paciente migrante como externo para continuar su tratamiento	6.1. Al paciente migrante se le brindan recomendaciones de las habilidades psicosociales que ya tiene y se le da la	Médico psiquiatra.

		oportunidad de regresar a consulta.	
--	--	-------------------------------------	--

## **5.0 Glosario**

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

**5.2 Psicología.** Ciencia que estudia los procesos psíquicos y el comportamiento del Ser Humano, así como las diferentes alternativas de tratamiento no farmacológicas.

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

## **4. PROCEDIMIENTOS PARA INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS DE APOYO O SOPORTE EMOCIONAL**

### **1.0 Propósito**

1.1 Proporcionar elementos, por parte del personal de salud, que sirvan de guía a los casos de pacientes migrantes que requieren consulta de psiquiatría, en donde se incluye la prevención, diagnóstico y tratamiento, para mejorar la atención médica y lograr la satisfacción del paciente migrante que requiere los servicios.

### **2.0 Alcance**

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

**3.0 Propuestas para el desarrollo de orientación psicológica a pacientes migrantes.**

3.1 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se realizarán considerando el reconocimiento de la cultura y origen de la persona migrante.

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

3.3. Al terminar las sesiones se deberá procurar finalizar con anclajes, o afirmaciones positivas para el paciente migrante, que le reorienten en su forma de actuar.

3.4. En lo posible, se recomienda que el paciente migrante se encuentra acompañado de una persona de su confianza a la que le pedirá que sirva de apoyo a las recomendaciones, y observaciones, que se hacen respecto a los riesgos y presiones que pueden sufrir en su condición de migración, y que suelen ser aspectos de los que pocas veces se les habla.

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Responsable
1.0 Recepción del paciente migrante y verificación de tipo de atención.	1.1 Se recibe al paciente verificando que asiste a tratamiento de apoyo u orientación psicológica.	1.1. Se le explica a la persona la forma de trabajo y tipo de atención que se brinda a personas migrantes.	Trabajo social enfermera psicólogo, psiquiatra o psicoterapeuta.
2.0 Toma de datos básicos	2.1 Inicia entrevista de apertura y	2.1. Se recibe al paciente migrante y se inicia la sesión de trabajo en la cual	Trabajo social, enfermería, psicólogo,

<p>para registro de bitácora de trabajo en apoyo psicológico.</p>	<p>encuadre de la sesión. 2.2 Se realiza la sesión psicoterapéutica o de apoyo psicológico.</p>	<p>se le expone los riesgos de salud mental que pueden afectar a personas migrantes. 2.2. Se le invita a comentar las dificultades que llega a tener por hábitos y costumbres en una cultura diferente. 2.3. Se le explica en qué consisten los síndromes de resignación y de desamparo aprendido, y cómo afectan a personas en condición de migración. 2.4. Se le explica y expone en qué consisten algunas técnicas de apoyo psicológico como la asertividad y el esquema básico de la salud. 2.5. Si el tiempo lo permite se aplican algunas estrategias de juego de roles y modelamiento de conducta. 2.4. Se termina la sesión haciendo una revisión de los recursos psicológicos de la persona migrante, y de cómo los puede</p>	<p>psiquiatra o psicoterapeuta.</p>
---	---	--	-------------------------------------

		desarrollar, incluyendo la formación de redes sociales de apoyo. 2.5. La sesión termina con un reconocimiento de anclajes positivos por parte de la persona migrante.	
3.0 Registro de la sesión y nota en bitácora.	3.1 Al terminar la sesión se registra en la bitácora el trabajo psicoterapéutico o sesión de apoyo realizado.	3.1. Se termina la sesión y se le invita a regresar	Psicólogo, psiquiatra o psicoterapeuta.

## 5.0 Glosario

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

**5.2 Psicología.** Ciencia que estudia los procesos psíquicos y el comportamiento del Ser Humano, así como las diferentes alternativas de tratamiento no farmacológicas.

**5.3 Modelos terapéuticos.** Estrategias utilizadas en el tratamiento de los padecimientos mentales.

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

**5.5 Anclaje.** Expresión emocional positiva con la cual se termina la sesión de orientación por parte de la persona migrante.

## **5. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE EXTERNO MIGRANTE**

### **1.0 Propósito**

1.1 Brindar asistencia psicológica con calidad y calidez a los pacientes externos desde una óptica de prevención, principalmente para la población en niños, adolescentes, adultos y tercera edad con la finalidad de establecer el tratamiento y seguimiento del padecimiento en las enfermedades crónico degenerativas.

### **2.0 Alcance**

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

### **3.0 Propuestas de operación y desarrollo**

3.1 El personal de psicología, psiquiatría o de trabajo social, será responsable de la calidad de atención de la consulta proporcionada al paciente externo.

3.2 El personal de psicología, psiquiatría o de trabajo social será responsable de proporcionar la orientación psicológica e integrar la información clínica y la notificación de psicodiagnóstico cuando sea pertinente.

3.3 El personal de salud buscará que la persona migrante pueda reconocer posibles complicaciones por padecimientos de salud mental y problemas de salud crónico degenerativos.

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Responsable
1.0 Valoración del paciente y canalización	1.1 Valora al paciente y canaliza al servicio correspondiente de salud mental, coordinación de psicología o consulta externa	1.1 Se contacta a la persona migrante que tenga posibilidades de recibir orientación psicológica consideran una valoración inicial.	Psiquiatría y/o psicología
2.0 Recepción del paciente y solicitud documental.	2.1 Recibe al paciente, saluda y solicita la información necesaria para iniciar la atención requerida. 2.2 Inicia una breve charla	2.1 La valoración inicial puede ser mediante entrevista y escalas de evaluación, o en caso de tener la posibilidad se aplica una batería de test psicológicos. 2.1 La entrevista inicial se puede hacer de forma semidirigida, actuando	Psiquiatría y/o psicología

	empática y sensibilizadora	desde las actitudes básicas del cambio. 2.3 En la evaluación se considera las habilidades asertivas, la irracionalidad de las ideas de la persona y la estructura y dinámica de su familia.	
3.0 Revisión de posible diagnóstico.	3.1 Se revisa el motivo y diagnóstico por el cual llega al servicio.	3.1 Se define la naturaleza del problema que afecta a la persona migrante, pero se deberá considerar las condiciones psicosociales antes que un diagnóstico psiquiátrico. 3.2 A partir de los puntos de referencia que se obtengan en la evaluación, se procede a desarrollar estrategias de orientación psicológica que le permitan a la persona migrante ponderar su situación y reconocer riesgos que puedan ser prevenidos.	Psiquiatría y/o psicología

		<p>3.3 Dentro de los riesgos se recomienda revisar los síndromes de desamparo aprendido y de resignación.</p> <p>3.4 Se termina la sesión reconociendo propiciando que la persona reconozca sus recursos y logros.</p>	
<p>4.0. Entrevista y recolección de datos para reconocimiento de riesgos en la salud.</p>	<p>4.1 Revisa al paciente registrando los datos en hoja de identificación de psicología.</p> <p>5.2 Anota los datos relevantes del paciente para darle seguimiento en próximas consultas, realiza la valoración de la persona y le comparte posibles resultados de lo obtenido.</p>	<p>4.1 En caso de que la persona lo acepte se le invita a asistir a otra sesión en la cual retome sus logros.</p> <p>4.2 Se procura que la persona migrante pueda comentar si reconoce posibles complicaciones en su salud mental y física por padecimientos crónicos.</p>	<p>Psicología</p>

## 5.0 Glosario

5.1 **Psicología.** Es la ciencia que estudia las alteraciones emocionales y conductuales, además de efectuar intervenciones con técnicas específicas.

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

5.3 **Estrategia.** Habilidad para dirigir un asunto, conjunto de acciones que se requieren realizar para lograr el objetivo deseado.

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

5.5 **Estudio psicológico.**

5.6 **Deterioro.** Se refiere al cambio cualitativo dentro de un núcleo social.

5.7 **Psicoterapia.** Método de tratamiento de los padecimientos psíquicos, afectivos y del comportamiento en el que un especialista establece una relación profesional con el paciente e intenta por medio de la comunicación verbal y no verbal.

A. Remover, modificar o retardar síntomas inexistentes.

B. Mediatizar patrones alterados del comportamiento.

C. Promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

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

5.9 **Paciente Externo.** Es aquella persona enferma que acude al hospital para tratamiento de manera ambulatoria (no hospitalizada).

## **6. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL**

### **1.0 Propósito**

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

### **2.0 Alcance**

2.1 A nivel interno este procedimiento se aplica en el área de Salud Mental (Psicología y Psiquiatría).

### **3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos**

3.1 El profesional de la Salud Mental es el responsable de desarrollar las Sesiones psicoterapéuticas semanales.

3.2 Serán incluidos en la psicoterapia grupal los pacientes con padecimientos crónicos y a los que padecen violencia familiar.

3.3 El trabajador de la Salud Mental es el responsable de integrar al paciente a las sesiones grupales previa entrevista diagnóstica.

3.4 Las sesiones grupales se desarrollarán una vez por semana, el mismo día y a la misma hora.

3.5 Serán incluidos en la psicoterapia grupal a los pacientes con padecimientos crónicos que comparten características semejantes como son: Diabetes, Lupus, CA, HIV, etc.

#### 4.0. Descripción del procedimiento

<b>Secuencia de etapas</b>	<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Responsable</b>
1.0 Selección de pacientes y realización del diagnóstico grupal	1.1 Se selecciona al paciente que tenga un padecimiento mental crónico después de hacer la entrevista inicial y realizar el diagnóstico.	1.1 Se invita a las personas migrantes, previamente contactadas, a participar del apoyo con sesiones grupales. 1.2 Al conformarse el grupo se reúnen en un espacio privado y se les comparte las condiciones del encuadre de trabajo. 1.3 Se solicita que los participantes compartan las problemáticas que tienen y cómo las han intentado abordar.	Trabajo social psicólogo o psiquiatra
2.0 Incluir pacientes a psicoterapia de grupo.	2.1 Se incluye la a psicoterapia de grupo a pacientes con padecimientos crónicos,	2.1 Se dedica un breve momento a comentar los padecimientos	Psiquiatra o psicólogo

	que compartan padecimientos en común tales como depresión, diabetes, ETS, o problemas de irritabilidad y ansiedad entre otros.	crónicos que afectan a los participantes. 2.2 Se les solicita a los participantes en el grupo que definan compromisos que asumen para atender estos padecimientos.	
3.0 Conformación de los grupos de tratamiento.	3.1 Se define con qué actividades de grupo se va a trabajar. 3.2 Se define tipos de grupo a trabajar. Cerrado: es por tiempo definido y no hay cambio de participantes, máximo 14 personas. Abierto: es fluctuante el número de participantes, puede variar a lo largo de las sesiones.	3.1 Las actividades a realizar estarán sujetas al tiempo disponible y pueden ser exposiciones, grupos focales, juego de roles o dinámicas grupales. 3.2 Los temas a abordar 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 psicólogo o psiquiatra
4.0 Comunicación de encuadre terapéutico.	4.1 Se comunica a los participantes lugar, tiempo, hora, tiempo de inicio y terminación. De ser necesario se indicará	4.1 El encuadre se define y expone al grupo pero se les da la oportunidad de	Trabajo social psicólogo o psiquiatra

	de qué forma se piensa terminar las sesiones con el grupo. 4.2 Se les indica 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.	participar de la definición del encuadre.	
5.0 Desarrollo de las sesiones.	5.1 Las sesiones se realizarán según el enfoque teórico del responsable, pero se considerará el inicio, desarrollo y final del tratamiento.	5.1 Se desarrollan las actividades grupales considerando la manera en que se deben terminar las sesiones.	Trabajo social psicólogo o psiquiatra

#### 4.0 Descripción del procedimiento

##### 5.0 Glosario

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

5.2 **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 comportamiento.

5.3 **Psicología.** Ciencia que estudia los procesos psíquicos y el comportamiento del Ser Humano, así como las diferentes alternativas no farmacológicas.

5.4 **Psicometría.** Ciencia de la medición, se refiere al aspecto cuantitativo del funcionamiento y la

capacidad mental, así como a sus manifestaciones cognitivas-conductuales.

5.5 **Psicoterapia.** Método de tratamiento de los padecimientos psíquicos, afectivos y del comportamiento en el que un especialista establece una relación profesional con el paciente e intenta por medio de la comunicación verbal y no verbal lo siguiente:

a) Remover, modificar o retardar síntomas existentes.

b) Mediatizar patrones alterados del comportamiento.

c) Promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

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

5.7 **Encuadre terapéutico.** Marco en el que se sustentan las actividades clínicas.

## **7. ORGANIZACIÓN DE GRUPOS BALINT**

### **1.0 Propósito**

1.1 Describir las actividades que realiza el Grupo Balint para sensibilizar al personal de Salud a reconocer sus reacciones emocionales ante los pacientes a quienes atienden.

### **2.0 Alcance**

2.1 A nivel interno este procedimiento aplica a los diversos servicios del hospital o centro de salud.

### **3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos**

3.1 El equipo de intervención Grupo Balint estará integrado por un médico psiquiatra o un psicólogo con formación psicoterapéutica, y el equipo al que se interviene será personal de salud (médicos, residentes, enfermería, trabajo social).

3.2 El Grupo Balint sesionará una vez a la semana durante noventa minutos según lo acordado.

3.3 El Grupo Balint se sustentará en la comprensión de lo que sucede entre paciente y profesional de la salud enfatizando el vínculo y las reacciones emocionales que surgen entre ambos.

3.4 El profesional de la salud presentará material clínico de manera verbal, siendo escuchado por los integrantes del Grupo Balint, realizando comentarios pertinentes ayudados por los Coordinadores del Grupo.

3.5 La duración de los Grupos Balint dependerá de los tiempos de trabajo disponibles.

3.6 El grupo estará integrado por un máximo de 12 miembros.

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

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Responsable
1.0 Invitación a participación en trabajo grupal.	1.1 Invita y difunde la conformación del grupo Balint en el centro de salud u hospital.	1.1 El personal colaborador en el programa de salud mental hace una propuesta a participar en un grupo Balint al personal de salud. 1.2 Se define si se trabaja con bloques de 10 a doce sesiones. Los bloques se pueden extender en cantidad de sesiones.	Jefe del servicio o psicoterapeuta

<p>2.0 Selección de integrantes del grupo.</p>	<p>2.1 Mediante entrevista inicial se selecciona a posibles candidatos que quieran abordar sus reacciones emocionales ante los pacientes.</p> <p>2.2 Se define el número de participantes aceptados para el proceso de trabajo grupal.</p>	<p>2.1 Al personal interesado se le realiza una entrevista y se investiga la razón de su interés.</p> <p>2.2 Dentro de las condiciones de confidencialidad se define a los participantes del grupo.</p> <p>2.3 A los no elegidos al principio se les brindarán otras opciones u oportunidades.</p>	<p>Psicoterapeuta</p>
<p>3.0 Presentación e inicio del grupo.</p>	<p>3.1 Se da inicio al grupo Balint y se proporciona las condiciones del encuadre especificando lugar, tiempo de inicio y terminación, duración, normas y condiciones de confidencialidad.</p>	<p>3.1 Después de especificar las condiciones del encuadre se da inicio a las sesiones de trabajo.</p> <p>3.2 Se dedicará tiempo a revisar los mecanismos defensivos desde los cuales trabaja cada profesional de la salud en la consulta.</p>	<p>Psicoterapeuta</p>

		3.3 Se abordan formas viables de solución a las crisis del personal de salud	
4.0 Registro del control del grupo.	4.1 Se lleva un registro y se elabora una minuta de las sesiones.	4.2 Se comenta y se corrige la bitácora con los participantes, y se termina la sesión	El propio Grupo Balint

## 5.0 Glosario

5.1 **Grupo Balint.** Grupo de supervisión a personal de salud sobre aspectos contratransferenciales de la relación paciente-médico.

5.2 **Material Clínico.** Información referente a lo ocurrido en la interacción médico-paciente.

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

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

## **8. ORGANIZACIÓN DE GRUPOS DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO PARA MIGRANTES (GEAM)**

### **1.0 Propósito**

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

### **2.0 Alcance**

2.1 A nivel interno este procedimiento aplica a los servicios responsables de los programas de educación para la salud de los centros de salud y de los centros de atención a migrantes y refugiados.

### **3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos**

3.1 El equipo de intervención con (GEAM) estará integrado por un psicólogo o profesionales de trabajo social con formación psicoterapéutica, y el equipo de personal de salud (médicos, residentes, enfermería).

3.2 El GEAM sesionará una vez a la semana durante noventa minutos según lo acordado.

3.3 El GEAM se orientará a la atención que se le pueda brindar a las personas migrantes en los centros de salud y centros de atención a migrantes.

3.4 El profesional de la salud presentará su material de trabajo, realizando comentarios pertinentes ayudados por los coordinadores del GEAM.

3.5 La duración de los GEAM dependerá de los tiempos de trabajo disponibles.

3.6 El grupo estará integrado por un máximo de 8 miembros.

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

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Procedimiento	Responsable
1.0 Invitación para participar en el trabajo grupal en un GEAM.	1.1 Invita y difunde la conformación del GEAM en el centro de atención a refugiados y migrantes, centro de salud u hospital.	1.1 El personal colaborador en el programa de salud mental hace una propuesta a participar en un GEAM a las personas que se encuentren en los centros de atención a refugiados y migrantes, o que asisten a consulta al centro de salud pero que sean preferentemente migrantes.	Personal responsable del programa o psicoterapeuta

		1.2 Se define si se trabaja con bloques de 10 a doce sesiones. Los bloques se pueden extender en cantidad de sesiones.	
2.0 Selección de integrantes del grupo.	<p>2.1 Mediante entrevista inicial se selecciona a posibles candidatos que quieran abordar sus reacciones emocionales por su condición de migrantes considerando riesgos, presiones y demandas de las que han sido objeto.</p> <p>2.2 Se define el número de participantes aceptados para el proceso de trabajo grupal.</p>	<p>2.1 A las personas interesadas se les realiza una entrevista y se aclara la razón de su interés respetando su confidencialidad.</p> <p>2.2 Dentro de las condiciones de confidencialidad se realiza la elección de los participantes en el GEAM.</p> <p>2.3 A los no elegidos al principio se les brindarán otras opciones u oportunidades.</p>	Profesional de la salud responsable del programa.

<p>3.0 Presentación e inicio del GEAM.</p>	<p>3.1 Se da inicio al GEAM proporcionando el encuadre de trabajo especificando lugar, tiempo de inicio y terminación, duración, normas y condiciones de confidencialidad.</p> <p>3.2. Después de exponer las condiciones del encuadre se les entregará a los asistentes un pequeño boletín, o folleto, en el que se expongan los temas que se buscará trabajar en las diversas sesiones. Estos temas serán los referentes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Comportamiento no asertivo.</li> <li>b) Comportamiento asertivo.</li> <li>c) Derechos asertivos.</li> <li>d) Habilidades asertivas.</li> <li>e) Formas de superar, y manejar, la depresión, ansiedad, miedo, agresión y desesperanza entre otros problemas.</li> <li>f) Toma de decisiones y solución de problemas.</li> <li>g) Tipología y dinámica familiar.</li> </ul>	<p>3.1 Después de especificar las condiciones del encuadre se da inicio a las sesiones de trabajo.</p> <p>3.2 Se dedicará tiempo a revisar los temas de interés para los participantes. Se buscará respetar la dinámica que se genere en el grupo, pero procurando cumplir los temas propuestos.</p> <p>3.3 En cada una de las temáticas abordadas se buscará trabajar con diferentes estrategias para el aprendizaje asertivo que incluyan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Juegos de roles.</li> </ul>	<p>Profesional de la salud responsable del programa.</p>
--	---	--	--

	<p>h) Definición y formación de límites</p> <p>i) Formación de redes de apoyo personal.</p> <p>3.3 Dadas las condiciones, en que se pudieran encontrar las personas migrantes en los centros de protección a migrantes y refugiados, se deberá tomar en cuenta que las sesiones pueden realizarse de manera semiestructurada, y no se realizan de manera programa sesión por sesión. En este caso se recomienda que el personal participante se coordine en cómo responder a las peticiones que surjan por parte de los participantes.</p>	<p>b) Modelamiento de conductas.</p> <p>c) Psicodrama.</p> <p>d) Estrategias de desensibilización sistemática.</p> <p>e) Otras técnicas y estrategias que se consideren necesarias.</p> <p>3.4 El personal que coordine el programa deberá cuidar que durante la realización de actividades se puedan ir formando redes de apoyo de forma natural entre migrantes.</p> <p>3.5 Tanto al inicio de las sesiones como al final, se realizará una apertura y un cierre de sesión</p>	
4.0 Registro del control del grupo.	4.1 Se lleva un registro y se elabora una minuta de las sesiones.	4.2 Se comenta y se corrige la bitácora con los	El propio GEAM.

		participantes, y se termina la sesión	
--	--	---	--

## 5.0 Glosario

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

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

5.3 **Dinámica grupal.** Intensidad emocional que se presente en las sesiones grupales.

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

## Bibliografía

- Achotegui j. (2016). La atención a la Salud Mental de los inmigrantes y demandantes de asilo. Recuperado el 26 de julio de [https://psiquiatria.com/at\\_primaria/la-atencion-a-la-salud-mental-de-los-inmigrantes-y-demandantes-de-asilo/](https://psiquiatria.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. Editorial Horme
- Bears M., Connors B. & Paradiso M. (2008). Salud mental. En Neurociencia: la exploración del cerebro. Ed. Wolters Kluwer/ Lippincot, Williams & Wilkins. Cap. 22. Págs. 661-687
- Berenzon, S. y Vargas, I., (2014). Salud mental y sociedad. En De la Fuente, J. R. (Coord.), *Salud mental y Medicina psicológica*. (p. 12-21). México: UNAM: McGraw-Hill.
- Bravo R. (1992). Aprendizaje cultural y adaptación social de los inmigrantes. Recuperado el 29 de agosto de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1992/vol3/arti4.htm>
- Braz C., Del Prette A. P., y Del Prette A. (2011) Assertive social skills training for the elderly. *Behavioral Psychology*, 19( 2), 373-387.
- Campillo C., (1999). Doctor Jorge Velasco Alzaga (In memoriam). Gaceta Médica de México. Vol.135 No. 2.
- CMDPDH (2020). Informe sobre los efectos de la pandemia de covid-19 en las personas migrantes y refugiadas. Recuperado el 30 de agosto de: <http://cmdpdh.org/project/informe-sobre-los-efectos-de-la-pandemia-de-covid-19-en-las-personas-migrantes-y-refugiadas/>

- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016). *Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados*. Recuperado el 16 de julio de: [https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2016-06-02-g.refugiados\\_PDF.pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2016-06-02-g.refugiados_PDF.pdf)
- Cooper J. (2001). Terapia breve en la psicología clínica. En Cullari S. *Fundamentos de Psicología Clínica*. Cap. 8. Págs. 185-215. Ed. Pearson Educación.
- De la Fuente, J. R. (2020, junio 1). El COVID-19 y la salud mental. *El Universal*. Recuperado el 26 de agosto de 2020 de <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/juan-ramon-de-la-fuente/el-covid-19-y-la-salud-mental>
- De la Fuente, J. R. (2014). Salud mental global. En De la Fuente, J. R. (Coord.), *Salud mental y Medicina psicológica*. (p. 12-21). México: UNAM: McGraw-Hill.
- El Heraldo de C. Juárez (2020). Brote de Covid-19 en albergue de migrantes; más de 16 contagios. 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>
- Ellis A. (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. Ed Desclée De Brouwer.
- FEDMA (2020). *Hablemos sobre demencia*. Congreso Virtual. México. 7 al 30 de septiembre.
- Fensterhein H. y Baer, J. (1976). *No diga sí cuando quiere decir no*. Barcelona, España: Grijalbo.
- Fuentes M.J. y Lorenzo M.C. (S.F.) El proceso terapéutico y su importancia en el tratamiento psicológico. Recuperado el 9 de agosto de: <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*; 6(2): 1108-20
- García-Vega L. (2010). *Análisis psichistórico de la obra de Martin e. P. Seligman*. Tesis para optar al grado de Doctor. Universidad Complutense.

- Gold J. y Striker G. (2001). Cómo tratar al individuo. En Cullari S. Fundamentos de Psicología Clínica. Cap. 6. Págs. 138-163. Ed. Pearson Educación.
- Guterres, A. (2020). Los servicios de salud mental son parte esencial en todas las respuestas de los gobiernos al COVID-19. Recuperado el 26 de agosto de <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/servicios-de-salud-mental-respuesta-gobiernos-covid-19>
- Guterres A. (2020). El COVID-19 es una oportunidad para redefinir los desplazamientos humanos. Search the United Nations. Recuperado el 30 de agosto de: <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/efectos-covid-19-en-refugiados-desplazados-migrantes>
- Hassan S. (1990). Como combatir las técnicas de control mental de las sectas. Ed Urano. Barcelona.
- Howard M. (2019). Toward a Cross-Cultural Training Model for Migrants Entering Oppressive Work Environments. International Education Studies; Vol. 12, No. 2; 2019.
- Jerez S. y Silva H. (2014). DSM-5. Análisis y controversias DSM-5. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría; 52 (SUPL 1): 55-61
- Lafarga J. (1996). Antología para la formación de psicoterapia centrada en la persona. *Curso de formación FESI UNAM-UIA*.
- Martínez F.; Martínez J. (2018). Procesos migratorios e intervención psicosocial. Papeles del Psicólogo, vol. 39, núm. 2, 2018 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77855949003>
- Ministerio de la Protección Social (2005). Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Recuperado el 15 de agosto de <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.

[https://kmhub.iom.int/sites/default/files/publicaciones/sondeo-efectos de la covid-19 junio 2020 final.pdf](https://kmhub.iom.int/sites/default/files/publicaciones/sondeo-efectos_de_la_covid-19_junio_2020_final.pdf)

OIM (2020). Efectos de la COVID-19 en la población migrante Principales Hallazgos Sondeo en América Central y México Junio 2020  
covid-19-en-las-personas-migrantes-y-refugiadas/

OIM (2020a). “Tenemos miedo”: testimonios de la primera caravana de migrantes 2020.

<https://rosanjose.iom.int/site/es/blog/tenemos-miedo-testimonios-de-la-primera-caravana-de-migrantes-de-2020>

OMS (2018). Definición de salud mental. Recuperado el 10 de junio de:

[https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20a%20barca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%20%BB.](https://www.who.int/topics/mental_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20a%20barca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%20%BB.)

OMS (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS (2019). Trastornos mentales: Datos y cifras. 28 de noviembre de 2019. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

OMS (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](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=2BABEB595AB2E3304B92998ED72B2125?sequence=1)

OMS (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.

Disponible en [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)

OMS (2004). Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica. Recuperado el 9 de octubre de:

[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

Pedersen, D. (1999). El impacto de la pobreza, el racismo y la violencia política sobre la salud de los pueblos indo-americanos. En Brofman y Castro. *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. Ed. Bartam Books

Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 Ministerio de Salud de Perú (2018). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

Quintanar F. (2004). Tipología familiar en un grupo de mujeres ancianas adultas de clase media. *Revista de Psicología Social*, Vol. 2, Nº 1, 2004, pp. 27-34. Málaga España.

Quintanar 2007. Manual para apoyo emocional al adulto mayor. Documento interno del Programa de Psicología del Envejecimiento, Tanatología y Suicidio. Documento interno, FES Iztacala UNAM.

Quintanar F. (2008). Comportamiento suicida. Ed. Manual Moderno.

Quintanar F. (2002). Manual para la formación de estudiantes en psicogerontología. Documento interno. FES Iztacala UNAM.

Rogers C. (1984). Orientación y psicoterapia. Pág. 22-28. Narcea Editores. Madrid.

Rogers. C. (1982). Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Sánchez T. (2020). Síndrome de resignación. Trauma migratorio, somatización y disociación extremas. *Aperturas Psicoanalíticas*, (63), e2, 1-23

Secretaría de Salud (2012). Manual de procedimientos de los servicios de atención psiquiátrica. México. Recuperado el 15 de agosto de [http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/UNIDAD\\_DE\\_ENLACE\\_POT/Politica\\_de\\_Transparencia/Temas\\_TransparenciaFocalizada/MP/SAP.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/UNIDAD_DE_ENLACE_POT/Politica_de_Transparencia/Temas_TransparenciaFocalizada/MP/SAP.pdf)

Seligman M. (2011). Florecer. Editorial Océano.

Seligman M. (1975). Indefensión. Editorial Debate.

Spagat E. (2020). Al-Dia-Inmigración del Dallas News. Recuperado el 6 de diciembre de: <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
- Yalom I. (1984). Psicoterapia existencial. Ed. Herber. Barcelona.
- Vázquez Vázquez José Dionicio (2019). Cuando caminar es sufrir y viajar un decir: el dolor de los centroamericanos a su paso por México. Cuadernos Inter, 2019, 16(2), July-December.
- Zermeño J. (2018). Caos en frontera con Tijuana: Cientos de migrantes de la caravana intentan cruzar a la fuerza a EEUU. Univisión Noticias. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=2mxlo8S5w9s>
- Zimbardo Ph. (2008). El Efecto Lucifer. Ed. Paidós.
- Zinker J. (2000). El proceso creativo en la terapia gestáltica. Editorial Paidós. Buenos Aires.