

Salud mental y movilidad humana:

**20 años de experiencia, reflexiones
desde Sin Fronteras IAP**



**Salud mental y movilidad humana:
20 años de experiencia, reflexiones desde Sin Fronteras IAP**

CDMX, Enero 2017
D.R. © 2017, Sin Fronteras I.A.P.

Diseño: Grupo Comersia por Karen Hernández Delgadillo

Impreso por Comersia Impresiones S.A. de C.V.
www.comersia.com.mx

sinfronteras.org.mx

 /sinfronterasIAP
 Sinfronteras_1

Derechos reservados conforme a la ley
ISBN: 978-607-97449-2-2

Impreso en México / Printed in Mexico

Misión, visión y valores

Misión

Sin Fronteras es una organización de la sociedad civil mexicana, laica, apartidista y sin fines de lucro que contribuye a la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos de las personas migrantes y sujetas de protección internacional para dignificar sus condiciones de vida a través de la atención directa e incidencia en la agenda pública.

Visión

Sin Fronteras es una institución profesionalizada, sostenible, consolidada, líder en los temas de migración y asilo que cuenta con un modelo de intervención integral sólido con enfoque de derechos humanos que articula actores para la incidencia y promueve la autonomía de su población objetivo.

Valores

- Profesionalismo
- Innovación
- Solidaridad
- Integridad
- Creatividad
- Eficiencia
- Enfoque Pro-persona
- Honestidad
- Respeto e inclusión
- No discriminación

Directorio Institucional

PATRONATO

Dra. Genoveva Roldán Dávila

Presidenta
Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM

Fabienne Venet Rebiffé

Secretaria
Instituto de Estudios y Divulgación sobre Migración A.C. (INEDIM)

Dr. Manuel Ángel Castillo García

Tesorero
El Colegio de México (COLMEX)

Dra. Leticia Calderón Chelius

Vocal
Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora

Dr. Gustavo López Castro

Vocal
Colegio de Michoacán (Colmich) Centro de Estudios Rurales

Lic. Luis Enrique Graham

Vocal
Hogan Lovells Abogados

Dr. Rodolfo García Zamora

Vocal
Universidad Autónoma de Zacatecas.
Unidad Académica en el Doctorado en Estudios del Desarrollo

Pbro. Vladimiro Valdés Montoya

Vocal

DIRECCIÓN GENERAL

Nancy Pérez García

Directora General

Rosalba Soto Palma

Asistente de Dirección

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN Y SERVICIOS

Carolina Carreño Nigenda

Coordinadora de Atención y Servicios

Alejandro de la Peña Rodríguez

Subcoordinador de Acompañamiento Psicosocial

Gilda Álvarez Mariano

Trabajadora Social

Valeria Scalisse García

Psicóloga

Elizabeth Arroyo Quintana

Subcoordinadora de Defensoría

Elizabeth López Méndez

Encargada de la Clínica Jurídica de Documentación Migratoria e Identidad

Jorge Ríos Treviño

Abogado del Área de Asilo

Ana María Gutiérrez Mora

Recepción

COORDINACIÓN DE INCIDENCIA Y VINCULACIÓN

Irazú Gómez Vargas

Coordinadora de Incidencia y Vinculación

Karla Meza Soto

Subcoordinadora de Vinculación

Paulo Martínez Sumuano

Subcoordinador de Comunicación

Belem Arévalo Calderón

Diseño Gráfico

Vladimir Tlali Zúñiga

Subcoordinador de Desarrollo de Proyectos

COORDINACIÓN DE ADMINISTRACIÓN

Perla Morales Salazar

Coordinadora de Administración

Ricardo Hernández Damián

Asistente de Administración

Ana Hernández Hernández

Servicios Generales

Índice

- 7 **Resumen ejecutivo**
- 8 **Introducción. La salud mental:** elemento fundamental en la defensa de los derechos humanos de las personas migrantes y sujetas de protección internacional
Nancy Pérez García
- 10 **La situación emocional de las personas centroamericanas en México:** una descripción de la sintomatología de algunos usuarios de Sin Fronteras y los factores que le influyen
Alejandro de la Peña Rodríguez y Valeria Scalisse García
- 40 **El derecho a la salud mental**
Elizabeth Arroyo Quintana
- 51 **¿Cómo intervenir?:** el paradigma del trabajo de Sin Fronteras IAP para el acompañamiento psicosocial de la integración de personas migrantes y sujetas de protección internacional en México
Alejandro de la Peña Rodríguez, Carolina Carreño Nigenda, Valeria Scalisse García y Joselín Barja Coria
- 69 **Testimoniar.** Reflexiones sobre el proceso terapéutico con migrantes y con profesionales que tratan con migrantes
Mónica Vázquez Ávila
- 82 **Anexo 1.** Cuestionario sobre salud mental

Resumen ejecutivo

El presente trabajo tiene como objetivo documentar la situación emocional de las personas centroamericanas migrantes y sujetas de protección internacional que atiende nuestra organización, y reflexionar sobre la estrategia que, durante veinte años, hemos desarrollado en Sin Fronteras IAP para trabajar en esa dimensión de la vida de los nacionales de estos y otros países que residen en México. Estos temas se encuentran expuestos en cuatro artículos elaborados por colaboradores internos y externos de la organización.

En el primer capítulo se presentan los resultados de una encuesta sobre la situación emocional de las personas centroamericanas migrantes y sujetas de protección internacional que atiende Sin Fronteras. Se encuestó a 84 personas provenientes de esta región, buscando detectar la presencia de sintomatología asociada con la experiencia migratoria o las vivencias de violencia. Los resultados arrojan que los centroamericanos que llegan a la organización están bajo condiciones de alta tensión, provocada por los contextos de violencia y despojo que les rodean. En casi todos se presentan síntomas que se potencian en personas que han tenido experiencias de violencia, mujeres y aquellos que se encuentran en primeras migraciones o quienes no cuentan con una red familiar de apoyo. La encuesta hace visible que las condiciones contextuales que rodean la experiencia de este grupo tienen efectos negativos en su bienestar emocional y, desde nuestra perspectiva, afecta inevitablemente otras áreas de su vida, lo que es el punto de partida y perpetuación de la falta de garantía de sus derechos humanos.

Ya en el nivel de la reflexión, en el segundo capítulo se plantea que la perspectiva de salud mental resulta fundamental para entender que la ausencia de sintomatología psicológica no se traduce en bienestar ni garantía de derechos, sino que hay interdependencia entre la dimensión física, psicológica y social de la vida de los sujetos, pensando que una salud mental positiva sería que las personas puedan lidiar con las tensiones de manera efectiva, sin mayores afectaciones en todas las dimensiones de su existencia, más allá de la presencia o no de patologías de cualquier índole.

En el mismo capítulo se plantea que la salud mental es un derecho fundamental y exigible: si bien los tratados internacionales apuntan que cada Estado deberá establecer acciones de acuerdo con los recursos de que dispone, esto no significa que pueda eximirse de contar con políticas e infraestructura que permita garantizar el acceso de las personas a este derecho. Por ello es que parte importante de nuestra perspectiva y acciones de trabajo se asienta en coadyuvar en la creación de las condiciones legales, políticas y materiales para que las instituciones del Estado den cabal cumplimiento a tal responsabilidad.

En el plano práctico y de atención directa a las personas migrantes y sujetas de protección internacional, en el tercer capítulo se expone la adaptación que hemos hecho en la organización de la perspectiva psicosocial en el trabajo. Partiendo de que tienen necesidades bio-psico-sociales y que viven su movilidad en un contexto de violencia y despojo, que afecta su salud mental y reduce sus capacidades para acceder a los derechos que garantizan su bienestar, hemos construido un Modelo de Atención Integral que articula una intervención multidisciplinaria cuyo objetivo es revertir las situaciones negativas que esta población vive a través de la asistencia social, psicológica o legal y, a la par, (re)habilitar sus habilidades y las condiciones contextuales para el efectivo acceso a los derechos que garantizan tal bienestar.

En el último capítulo se reflexiona sobre el trabajo con poblaciones violentadas y despojadas, especialmente con personas migrantes y sujetas de protección internacional centroamericanas. Tanto ellas como nosotros estamos expuestos a las atroces consecuencias de tales situaciones, por lo que debemos desarrollar estrategias que nos permitan lidiar con sus efectos negativos. Para ello, la escucha se alza como una herramienta accesible y fundamental por sus efectos catárticos y de construcción de empatía entre los diferentes involucrados en los procesos de defensa de derechos y asistencia a poblaciones en situación de vulnerabilidad.

La salud mental: elemento fundamental en la defensa de los derechos humanos de las personas migrantes y sujetas de protección internacional

Nancy Pérez García¹

La salud mental es un tema arduo y fundamental pues, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), implica una compleja interrelación de situaciones físicas, psicológicas y sociales que impactan en el bienestar y funcionalidad de la persona, además de que en el centro conlleva la garantía de múltiples derechos. Por ello es que durante veinte años en Sin Fronteras IAP consideramos parte fundamental de nuestra labor el trabajo en favor de la situación emocional y el bienestar general de las personas.

En nuestra experiencia, en México la realidad del trabajo con personas migrantes y sujetas de protección internacional (MySPI) nos exige tener a la salud mental como un eje central: su situación de víctimas a causa del cercano contacto con violencia o estrés hace que sea una población con múltiples derechos vulnerados y, como consecuencia de ello, viven tensiones emocionales, físicas y sociales de alta vulnerabilidad, especialmente los centroamericanos. Por ello, creemos que el trabajo directo con las personas en pro de su salud mental es una forma relevante de defender y promover el respeto a los derechos humanos de esta y otras poblaciones.

La realidad actual nos exige reflexión y sistematización de nuestra experiencia, pues el contexto de trabajo ha cambiado: el grueso de nuestros usuarios ya no huyen de regímenes dictatoriales o guerras civiles, ahora se trata de personas expulsadas por el despojo y la violencia generalizada en contextos cotidianos. En nuestros días, la población con la que trabajamos, especialmente centroamericana (la gran mayoría), tiene como común denominador el haber vivido algún nivel de violencia física, psicológica, social, política y económica en algún momento de su proceso migratorio.

Poco a poco, durante veinte años nuestra visión sobre la salud mental se ha complejizado, perfeccionado y formalizado, al punto que es uno de los elementos

transversales del trabajo de atención directa de Sin Fronteras con las personas MySPI y se enmarca en el reconocimiento de que actualmente son indispensables enfoques integrales como formas de defensa y promoción de los derechos de esta y otras poblaciones. Atendiendo a ello, en nuestra organización nos hemos centrado en apropiarnos de la perspectiva psicosocial como una vía para lograrlo, por lo que ahora exponemos nuestra experiencia acumulada en este esfuerzo durante, por lo menos, los últimos diez años.

En el presente documento presentamos el resultado derivado de la reflexión y sistematización sobre nuestra experiencia en el trabajo a favor de la salud mental de las personas MySPI. Lo hacemos con dos expresiones de este esfuerzo: en primer lugar, la información sobre la situación y vivencia de una población específica y predominante de nuestros usuarios –los centroamericanos– la cual nos permite tener una idea más o menos clara de su situación emocional y los factores que la producen; en segundo lugar, presentamos el conocimiento que miembros activos, ex miembros y colaboradores externos de la organización han construido en su labor a favor de la salud mental de nuestros usuarios.

En todos los artículos el lector encontrará dos puntos de reflexión y perspectiva en común: en primer término, la consideración de la salud mental como derecho a un bienestar integral, que incluye y no se reduce al emocional; y, en segundo, la idea de que para su defensa y promoción siempre es necesario poner en el centro a la persona y sus derechos. Desde nuestra perspectiva, ambos elementos son fundamentales a la hora de brindar atención y defender a las poblaciones en este tema, pues a través de ellos se rescatan los derechos fundamentales que se deben garantizar y proteger.

En el primer artículo, Alejandro de la Peña y Valeria Scalisse –actuales colaboradores del área de Acom-

¹ Directora General de Sin Fronteras IAP.

pañamiento Psicosocial de Sin Fronteras– exponen los resultados del esfuerzo por conocer con mayor profundidad la situación de los centroamericanos en relación con su bienestar emocional. Analizan los datos de una encuesta realizada a provenientes de Honduras, El Salvador y Guatemala. Los resultados muestran que estas personas presentan –de forma generalizada– sintomatología relacionada con el impacto psicológico de la violencia, lo que es expresión del gravísimo problema que se encuentra detrás de la movilidad humana de la región, por lo que es fundamental seguir exigiendo soluciones en este tema. Asimismo, encuentran que un importante paliativo a las secuelas de esta situación es el apoyo social proveniente de la familia y otros grupos significativos para la persona, por lo que se nos presenta el fortalecimiento de las redes de paisanaje y de apoyo social existentes como una de las posibles vías de acción a favor de este grupo.

Abriendo las reflexiones en torno a la salud mental y la violencia, Elizabeth Arroyo, actual subcoordinadora del área Legal de Sin Fronteras, nos presenta importantes herramientas conceptuales para entender el tema como un derecho social fundamental que es objeto de justiciabilidad. Asimismo, nos muestra que si bien su cobertura depende de los recursos disponibles para hacerlo, en el caso de los migrantes en México la atención a la salud mental se da en condiciones muy limitadas.

Por su parte, Alejandro de la Peña, Carolina Carreño, Valeria Scalisse y Joselín Barja –miembros y ex miembros del área de Acompañamiento Psicosocial de Sin Fronteras–, a través de la exposición de los fundamentos conceptuales y prácticos de la intervención de la organización, nos hablan de la intrínseca relación entre el proceso de integración y la salud mental. Asimismo, exponen la multiplicidad de dimensiones implicadas en la definición ampliada de salud mental y cómo esto nos exige un trabajo desde la integralidad y la multidisciplina, y explican cómo la organización se ha apropiado, desde hace varios años, de la perspectiva psicosocial como método de trabajo y su cristalización en el Modelo de Atención Integral de Sin Fronteras IAP.

Finalmente, Mónica Vázquez –colaboradora externa desde hace siete años– da cuenta de su experiencia con usuarios y trabajadores de Sin Fronteras. Destaca la importancia de la escucha en la labor con

poblaciones migrantes en situación de vulnerabilidad y con quienes les apoyan: la reivindica como una herramienta fundamental, de alta efectividad y al alcance de todos. Sostiene también el peso del trabajo cotidiano en situaciones de violencia y sus complejas secuelas sobre quienes lo hacen; de ello se deduce la importancia del acompañamiento en pro de la salud mental no solamente de las personas que atendemos, sino también de quienes les brindamos servicios.

Con lo expuesto en los artículos de este documento podemos observar, en primer lugar, la integralidad, la multidisciplina y que la labor de defensa y promoción de derechos humanos en sí misma, sin importar la profesión de quien la realice, es una forma de incidir en la salud mental de las personas. En segundo lugar, nos invitan a reafirmar la idea de que –a causa de su multidimensionalidad física, psicológica y social– los derechos económicos, sociales y culturales son fundamentales y su complejidad nos recuerda la importancia de su interdependencia, pues la afectación de cualquiera de ellos tiene secuelas negativas en todos los aspectos del bienestar de las personas.

Precisamente porque nos parece un tema de primera relevancia, nos dimos a la tarea de hablar de nuestros veinte años de experiencia en el trabajo desde los derechos humanos, la perspectiva psicosocial y la salud mental. Este tiempo nos ha dejado múltiples lecciones derivadas de nuestros aciertos y errores, destacando nuestra convicción de que el impulso por apoyar no es suficiente para impactar en la realidad de las personas y cambiar el mundo en que vivimos. Es necesario construir –siempre desde la experiencia y el vínculo con la gente– conocimientos especializados que profesionalicen nuestra labor y coadyuven de manera sólida a la defensa y promoción de los derechos humanos y, específicamente, de la salud mental de todas las personas MySPI. Queremos dar a conocer nuestra perspectiva para que sea retomada y criticada por los interesados en el tema y sirva esto como nuestro aporte a la discusión.

Referencias

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1946) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 15 de junio de 2016 de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

La situación emocional de las personas centroamericanas en México: una descripción de la sintomatología de algunos usuarios de Sin Fronteras y los factores que le influyen

Alejandro de la Peña Rodríguez²

Valeria Scalisse García³

La población centroamericana en situación de movilidad es una de las que tienen mayor presencia en la zona norteamericana y las organizaciones de la sociedad civil en México atendemos a un importante número de estas personas, encontrándolos frecuentemente en una delicada situación física, económica y social que afecta negativamente su estado psicológico.

En este artículo presentamos los resultados de una encuesta aplicada a 84 personas centroamericanas con la finalidad de conocer la frecuencia de los síntomas que experimentan y que se asocian a su experiencia migratoria. La encuesta se compone de cuatro ejes que identifican los síntomas relacionados con el malestar psicológico en general, la experiencia migratoria, el proceso de integración y la vivencia de experiencias traumáticas.

Este ejercicio busca lograr una descripción exploratoria e inicial sobre la situación emocional de la población centroamericana residente en México, especialmente la atendida por la organización, para identificar sus características y los factores que le influyen.

Como más adelante observará el lector, los resultados muestran un panorama complejo, en que la vivencia migratoria no es el único factor desencadenante de los síntomas asociados con algún tipo de afectación psicológica, sino que su combinación con experiencias de violencia y factores sociales y contextuales resulta de suma relevancia.

El primer apartado del documento presenta algunas nociones básicas sobre el contexto migratorio y la conceptualización de partida del estudio. El segundo expone elementos metodológicos del estudio: objetivo, preguntas e hipótesis; instrumentos de análisis, y composición de la muestra. Posteriormente, se incluyen los resultados de los cuatro ejes de la encuesta. El documento cierra con una breve reflexión sobre los hallazgos.

1. Algunas nociones básicas

1.1 Contexto migratorio

México es un país altamente involucrado con la migración, dado que es un lugar de expulsión, tránsito, llegada y retorno de migrantes. Es un panorama sumamente complejo en tanto que las personas en movilidad participan a veces en más de una de estas situaciones y los elementos característicos de cada una de las experiencias se comparten, entrecruzan y afectan mutuamente.

En este contexto, Sin Fronteras IAP se ha concentrado, durante los últimos veinte años, en trabajar con personas migrantes y sujetas de protección internacional no mexicanas que arriban y transitan al país. En esta labor hemos atendido a personas de los cinco continentes, con muy variadas características. Destacan por su situación de vulnerabilidad y número las personas provenientes de África –especialmente, nigerianos, cameruneses, congolese-, Sudamérica –entre otras, argentinas, colombianas, venezolanas y centroamericanas –fundamentalmente guatemaltecas, salvadoreñas, hondureñas.

En los últimos años, las personas provenientes del triángulo norte de Centroamérica –El Salvador, Guatemala y Honduras– que atendemos en la organización han aumentado de forma relevante. Regularmente se trata de personas con niveles de escolaridad básicos, jóvenes y que salen de su país por una compleja amalgama de motivos relacionados con la violencia y el despojo de sus medios de vida. Ellos frecuentemente han sido víctimas de alguna violación a sus derechos o de alguna forma de maltrato tanto en su país de origen como en el tránsito por y hacia México. Una vez establecidos en nuestro territorio es patente el efecto de estas experiencias, pues en la atención que brindamos usualmente encontramos que presentan altos niveles de estrés, ansiedad y, en casos extremos, trastornos psicológicos graves.

² Subcoordinador del Área de Acompañamiento Psicosocial de Sin Fronteras IAP. Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y maestro en Estudios Políticos y Sociales por la Universidad Nacional Autónoma de México.

³ Psicóloga del Área de Acompañamiento Psicosocial de Sin Fronteras IAP. Licenciada en Psicología por la Universidad Iberoamericana-Ciudad de México.

Es importante considerar que estas personas provienen de un contexto de riesgo permanente de ser víctimas de violencia y es frecuente que esta sea la causa de su salida, ya sea porque están en peligro de sufrir las vejaciones de algún grupo en específico o porque las posibilidades de su sustento están amenazadas por el ambiente generalizado de violencia.⁴

Asimismo, en su tránsito, especialmente por México, están expuestos a múltiples formas de violencia como asesinatos, mutilaciones, asaltos y violaciones, entre otras, que muchas veces pueden ser evitadas si las personas cuentan con recursos económicos para *comprar* protección. Tristemente, estas situaciones son casi obligadas para muchos de los centroamericanos que pasan por el país (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2011; Cordero y Figueroa, 2010).

Por todo lo anterior, durante los últimos años, en Sin Fronteras nos hemos encontrado con una población usuaria que cada vez está más violentada y presenta estragos profundos de estas experiencias, por lo que es relevante conocer sus características y los factores que intervienen en la atenuación o potenciación de sus consecuencias.

1.2 Algunas nociones conceptuales sobre migración, violencia y psicología

La migración es un suceso cotidiano en nuestro mundo que resulta fuente de tensiones o estrés. De ello no se deduce que resulte una vivencia traumática *per se*, sino que es la combinación con una serie de factores biológicos, psicológicos, sociales y políticos u otros sucesos no derivados de la migración la que produce que estas experiencias tengan un impacto negativo en el bienestar de las personas.

Entre los sucesos relacionados con la migración que casi inevitablemente resultan fuente de estrés y tensión dañinos para el bienestar de las personas son aquellos considerados como formas de violencia, es decir, eventos en los que una persona o un grupo son objeto de un daño producido por acción u omisión realizada por sí mismo, otra(s) persona(s) o situación (Sanmartín, 2010). Sin embargo, como señala Benyacar (2016), ni siquiera en este campo todas las experiencias de violencia resultan dañinas ni tienen las mismas consecuencias en todos los casos, por lo que hay que considerar otros factores.

De la misma, la migración, por condición, es fuente de estrés y tensión por lo procesos de cambio y adaptación

a los que las personas están sometidas, sin embargo, no necesariamente deriva en algún tipo de trastorno mental. Es decir que la migración sí es un evento relevante y fuente de tensión pero no desemboca inevitablemente en efectos negativos para el bienestar de las personas que lo experimentan (Melero, 2010), por lo que su análisis requiere también la consideración de múltiples factores.

Para un mejor entendimiento de la cuestión, es muy importante reconocer que este principio se aplica a todos los eventos de la vida, pues por condición son fuente de tensión y estrés, pero no por ello, todos tienen un efecto negativo en nuestro bienestar. Son factores como la historia de vida, las fuentes de apoyo social y las características de personalidad, entre otros elementos, los que producen que un suceso determinado afecte perniciosamente a una persona y que ésta pueda afrontarlo o no de forma benigna para sí mismo.

Esta noción es de especial importante en el caso de las personas en movilidad, pues son las experiencias migratorias en su combinación con sucesos de violencia u características psicosociales de cada individuo las que resultan relevantes para entender impacto de la experiencia de movilidad en el estado psicológico de las personas. (Grinberg & Grinberg, 1996).

2. Elementos metodológicos

2.1 Objetivo e hipótesis

Reconociendo los hechos y las nociones mencionadas, en Sin Fronteras nos planteamos hacer un estudio exploratorio descriptivo de algunos síntomas relacionados con los fenómenos de movilidad que presentan las personas centroamericanas que atendemos y conocer la influencia que sus características psicosociales y socioculturales tienen en su aparición.

Nuestras preguntas guía para realizar este estudio fueron: 1. ¿Cuáles son los síntomas que presentan las personas centroamericanas encuestadas usuarias de Sin Fronteras? y 2. ¿Cuáles son los factores psicosociales y socioculturales que atenúan los efectos psicológicos de la migración que vivencian?

Como hipótesis de trabajo consideramos que las personas entrevistadas presentan síntomas asociados con las tensiones de la migración y la violencia, los cuales se ven atenuados cuando las personas cuentan con una alta escolaridad, son jóvenes y han salido por causas no relacionadas con la violencia.

⁴ El nivel de violencia en estos países es tal que, de acuerdo con el Banco Mundial, hacia mediados de la década pasada la tasa de asesinatos de toda la población de la región era 40 veces más grande que la que se presenta en países europeos con el mismo número de habitantes –España específicamente– y su costo financiero ascendía al 8% del PIB para el año 2011 (Banco Mundial, 2011).

2.2 Instrumentos de medición

Para lograr responder a estos cuestionamientos diseñamos una encuesta que combina las preguntas de las escalas de Malestar Psicológico, basada en Kellner y Sheffield (1973); de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio, de Arellanez, Ito y Lagunes (2009); de Ocurrencias e Intensidad del Estrés Aculturativo, de Arellanez (2010); y la de Estrés Post Traumático, de Valderrama y Domínguez (Domínguez, 2008. p. 126).

El instrumento pretende documentar los síntomas que las personas presentan y que están tradicionalmente relacionados con la migración y la violencia. Es necesario señalar que cuando nos referimos a un síntoma hablamos de la expresión conductual o fisiológica de la elaboración mental de un suceso vivido.⁵

La primera parte de este cuestionario documenta los síntomas relacionados con malestares psicológicos en general. Cuando hablamos de éstos nos referimos a la expresión sintomática de una afectación negativa en el bienestar y estabilidad psíquica de las personas.

En esta parte del cuestionario se consideran 20 síntomas englobados en cuatro categorías: inadecuación social, somatización, ansiedad y depresión. Su evaluación la ubicamos en cinco niveles, que definen cinco perfiles de los síntomas a identificar si ha experimentado una persona: ausencia de síntomas (0 síntomas [s]), presencia baja (1 a 5 s), media (6 a 10 s), alta (11 a 15 s) y muy alta (16 a 20 s).

La segunda parte identifica síntomas relacionados con el estrés provocado por la experiencia migratoria. Cuando hablamos de este fenómeno nos referimos a las reacciones de alerta o defensivas que las personas tienen hacia ciertos sucesos específicos de la vivencia migratoria.

Esta parte del cuestionario considera seis síntomas, que Arellanes et al. concentran en la subsescala "Llegada al lugar de destino". Esta evaluación la ubicamos en cuatro niveles, que definen cuatro perfiles de los síntomas a identificar: ausencia de síntomas (0 s), presencia baja (1 a 2 s), media (3 a 4 s) y alta (5 a 6 s).

La tercera parte evalúa la sintomatología relacionada con el proceso de integración de las personas migrantes al país en que residen. Concretamente nos referimos a la expresión de la reacción psicológica a las vivencias relacionadas con la experiencia de establecimiento y adaptación a un contexto de vida diferente al del país de origen. En esta parte del cuestionario se

incluyen siete síntomas englobados principalmente en la subsescala que Arellanes titula "Estrés sociocultural". Su evaluación la ubicamos en cuatro niveles, que definen cuatro perfiles de los síntomas a identificar si ha experimentado una persona: ausencia de síntomas (0 s), presencia baja (1 a 2 s), media (3 a 4 s) y alta (5 a 7 s).

La última parte del cuestionario se relaciona con sintomatología asociada a sucesos traumáticos. Entendemos por ello las expresiones de la reacción psicológica de las personas a un suceso que, por su magnitud e impacto negativo en su integridad, no ha podido ser elaborado psicológicamente. En esta parte del cuestionario se consideran 12 síntomas que corresponden a las categorías: Evitación de tipo emocional, Re-experimentación de tipo fisiológica y Re-experimentación de tipo cognitiva e hiperactivación. Su evaluación la ubicamos en cinco niveles, que definen cinco perfiles de los síntomas a identificar: ausencia de síntomas (0 s), presencia baja (1 a 3 s), media (4 a 6 s), alta (7 a 9) y muy alta (10 a 12 s).

Una vez evaluada cada encuesta en los términos descritos, se obtuvo la frecuencia de las diferentes escalas y se correlacionaron con otros elementos, considerando el resultado de cada una de las partes del cuestionario como variable dependiente, y como variables independientes: edad, sexo, nacionalidad, condición migratoria, tipo de documento migratorio, estado civil, situación familiar, motivos de la migración, experiencia migratoria y número de estancias en México.

2.3 Composición de la muestra

Originalmente se planteó llevar a cabo una muestra no probabilística de 100 personas residentes en la Ciudad de México, originarias de países centroamericanos y que fueran usuarias de Sin Fronteras.

Por razones de recursos humanos y temporales, la muestra final fue no probabilística, e incluyó a 84 personas residentes en la Ciudad de México, originarias de países centroamericanos y usuarias de Sin Fronteras, 36 personas fueron encuestadas de forma presencial y 48 por vía telefónica.

Todas las personas entrevistadas provienen de países centroamericanos, la mayoría de Honduras (45%-38 personas [p]), El Salvador (32%-27p) y Guatemala (15%-13p).

La distribución de las personas encuestadas por edad y sexo fue la siguiente: 58% (49p) hombres y 42% (35

⁵ En otros términos el síntoma no es la situación mental de la persona, sino que es la expresión externa de esa situación psicológica interna.

p) mujeres; 67% (56 p) son adultos menores de 40 años, 27% (23 p) mayores de 40 años y 6% (5 p) de 60 años o más. La mayoría cuenta con algún grado de educación básica: 38% (32 p) con secundaria, 24% (20 p) con primaria, y 20% (17 p) con estudios técnicos.

Por condición migratoria, 61% de las personas encuestadas (51p) tienen estancia regular en México y 39% (33p) se encuentran en el país de forma irregular. De quienes tienen una estancia regular, 45% (23 p) cuentan con un documento de residencia permanente, 23% (12 p) su estancia es por razones humanitarias y 23% (12 p) tienen la residencia temporal.

Por estado civil, 51% (43 p) de las personas encuestadas son solteras, 19% (16 p) casadas, 19% (16 p) viven en unión libre, 10% están separadas (8 p) y el 1% divorciadas (1 p). Del total de los participantes, 51% (43 p) viven solos en el país, el 45% (38 p) con algún familiar y el 4% tienen a amigos como sus vínculos más cercanos en México (3 p).

De las personas encuestadas, la mayoría (54%) ha salido de su país por causas relacionadas con la violencia (45 p), 21% por motivos económicos (18 p) y 17% por razones familiares (14 p). Se trata principalmente de personas que se encuentran en su primera experiencia migratoria (61%-51 p) y es su primera estancia en México (70%-59 p).

3. Resultados

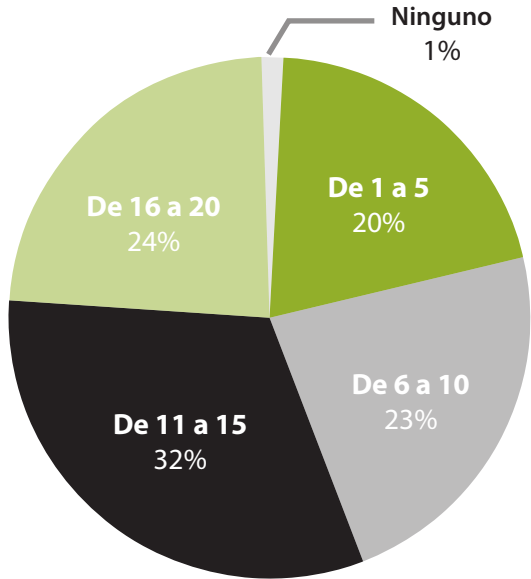
3.1 Sintomatología asociada a malestar psicológico

Prácticamente todas las personas encuestadas (99%-83 p) presentan algún nivel de sintomatología relacionada con malestar psicológico. Esto no está inevitablemente relacionado con su condición de movilidad. Sin cruzarlo con otras variables, solamente puede ser atribuido al estrés al que estamos sometidos en la vida diaria y los siempre imperfectos mecanismos para manejarlo.

Del total de las personas encuestadas, las provenientes de El Salvador y Honduras tienden a presentar índices altos y/o muy altos de síntomas, mientras que quienes vienen de los otros países considerados concentran en índices altos, medios y bajos. Esto puede estar relacionado con los niveles de violencia en que se encuentran las dos primeras naciones y las condiciones violentas en que vivencian su proceso migratorio.

Figura 1.

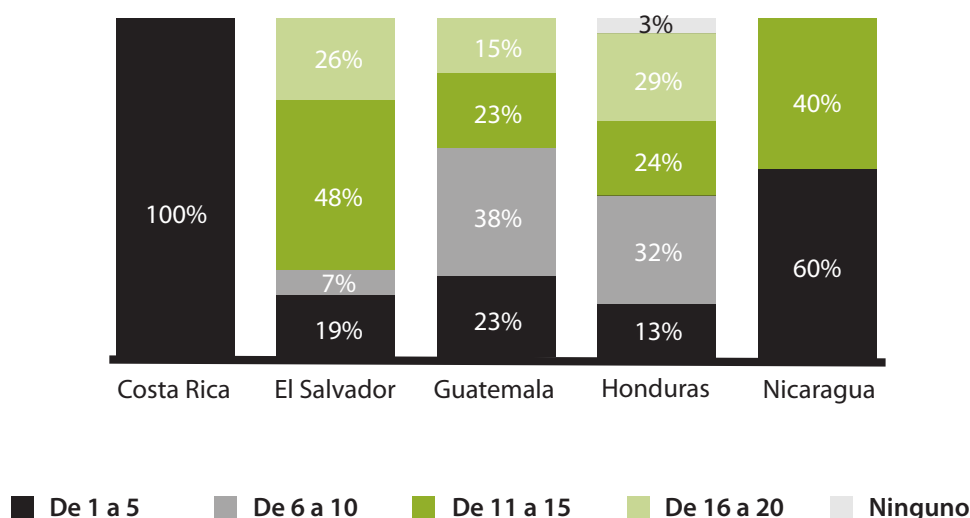
Total de síntomas de malestar psicológicos presentados por persona



Fuente: Elaboración propia

Figura 2.

Total de síntomas de malestar psicológico presentados por persona, según nacionalidad

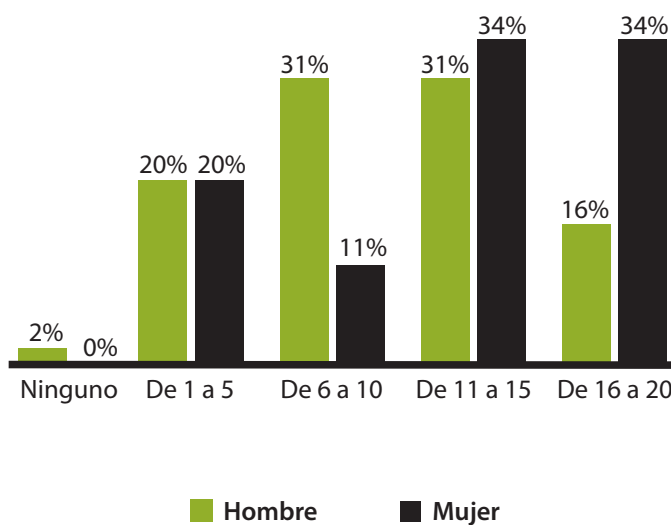


Fuente: Elaboración propia

Aunque por edad no encontramos diferencias significativas, por sexo observamos que las mujeres tienden a presentar, ligeramente, una mayor cantidad de síntomas que los hombres, esto puede expresar las tensiones diferenciadas a las que ellas se encuentran sometidas durante su migración debido a su papel frente a la familia, como ya ha sido documentado en otros trabajos (Ariza, 2000).

Figura 3.

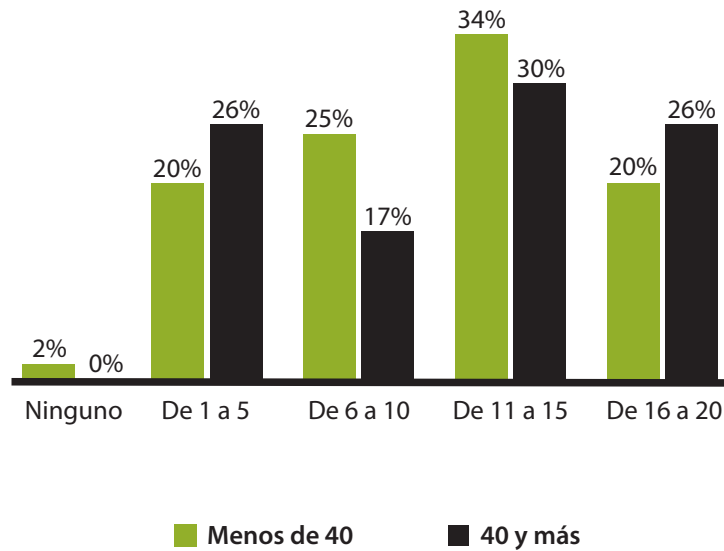
Total de síntomas de malestar psicológico presentados por persona, según sexo



Fuente: Elaboración propia

Figura 4.

Total de síntomas de malestar psicológico presentados por persona, según edad

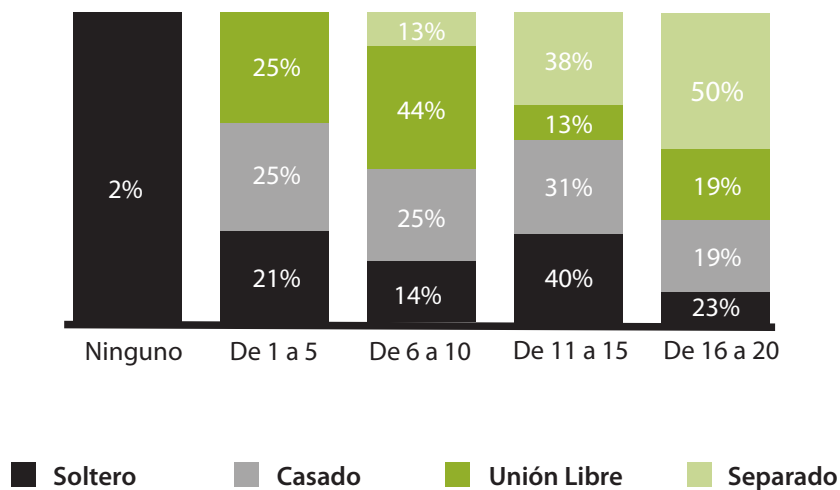


Fuente: Elaboración propia

Encontramos que no hay diferencias significativas por nivel de estudio: sin embargo, las personas solteras tienden a presentar una mayor cantidad de síntomas, a diferencia de aquellas que están casadas o en unión libre. Esto coincide con la tendencia de quienes se encuentran con algún familiar en el país a presentar un menor número de síntomas asociados con el malestar psicológico.

Figura 5.

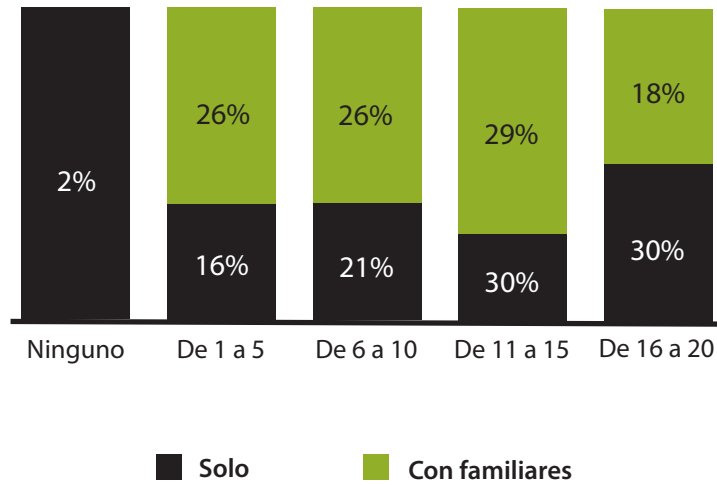
Total de síntomas de malestar psicológico presentados por persona, según estado civil



Fuente: Elaboración propia

Figura 6.

Total de síntomas de malestar psicológico presentados por persona, según situación familiar

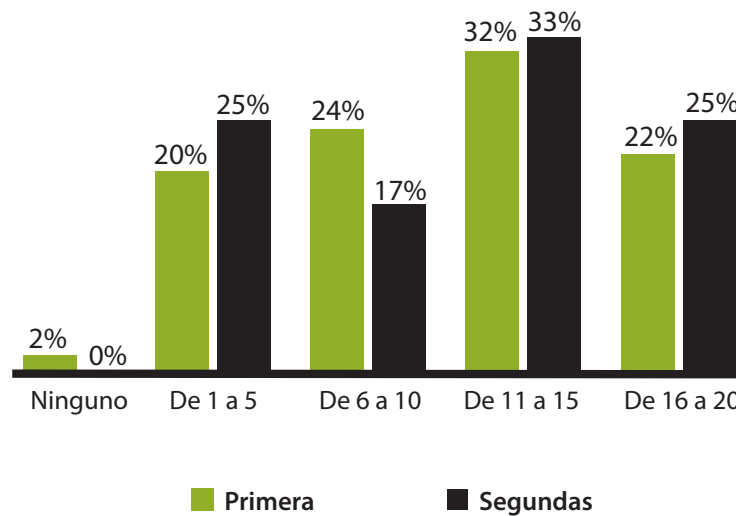


Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la encuesta nos permiten observar que la sintomatología no se encuentra relacionada con la cantidad de estancias en México o salidas del país de origen. Pero las personas que han salido por motivos relacionados con la violencia o la familia presentan un índice muy alto de síntomas, mientras que quienes lo hacen por razones económicas manifiestan niveles medios y bajos. Estos datos nos permiten respaldar la idea de que la migración por sí misma no tiene efectos negativos, sino que su convergencia con otra serie de factores de tensión o estresantes como la violencia es lo que produce la aparición de sintomatología o malestar psicológico.

Figura 7.

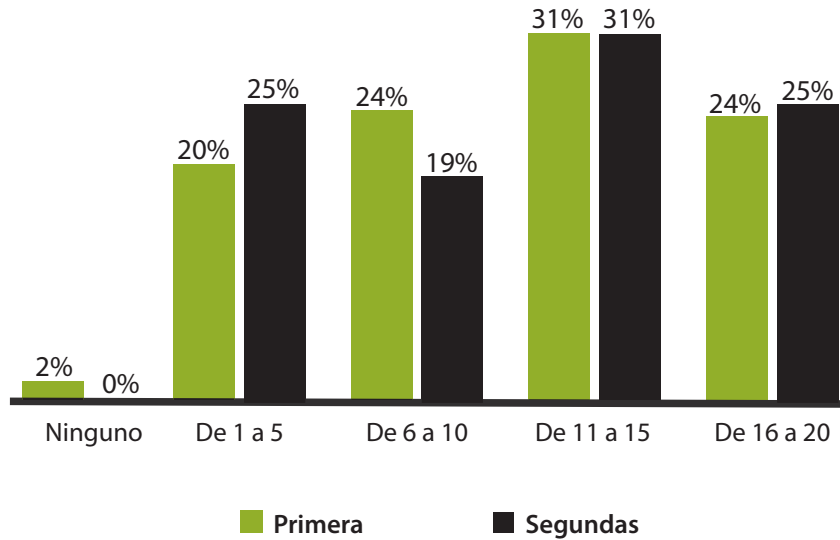
Total de síntomas de malestar psicológico presentados por persona, según número de estancias en México



Fuente: Elaboración propia

Figura 8.

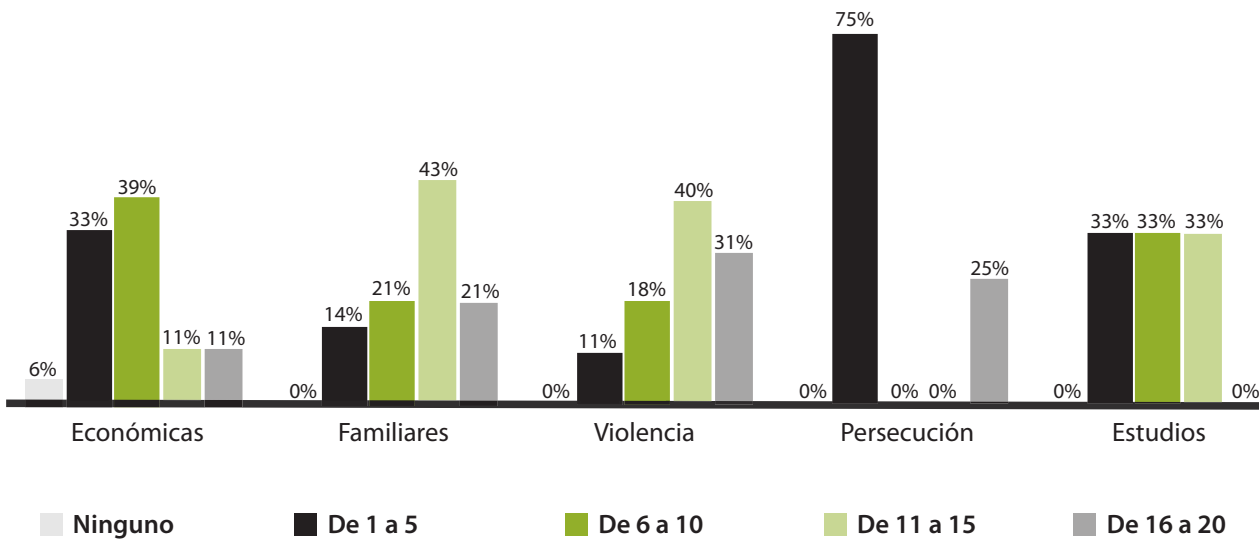
Total de síntomas de malestar psicológico presentados por persona, según experiencias migratorias previas



Fuente: Elaboración propia

Figura 9.

Total de síntomas de malestar psicológico presentados por persona, según motivos de salida

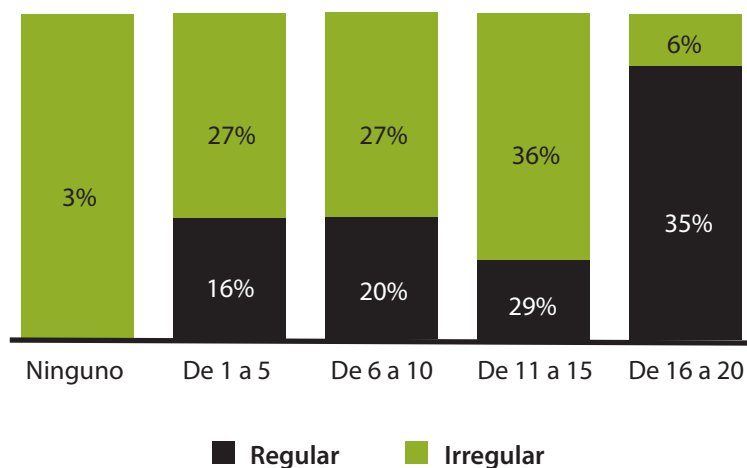


Fuente: Elaboración propia

También se observa que la mayoría de las personas con documento migratorio presentan niveles muy altos y altos de sintomatología asociada con el malestar psicológico. Sin embargo, consideramos que esto no puede ser atribuido a su condición legal, sino que muchos de ellos cuentan con dicho documento precisamente porque su integridad está en riesgo por la violencia vivida en su país de origen o en el tránsito por México. Así lo demuestra la tendencia a presentar niveles altos y muy altos de sintomatología por parte de los encuestados que poseen residencia permanente (condición otorgada a los refugiados) y protección complementaria (aquellos que no son reconocidos como refugiados pero que requieren medidas de protección especiales a causa de su situación de vulnerabilidad).

Figura 10.

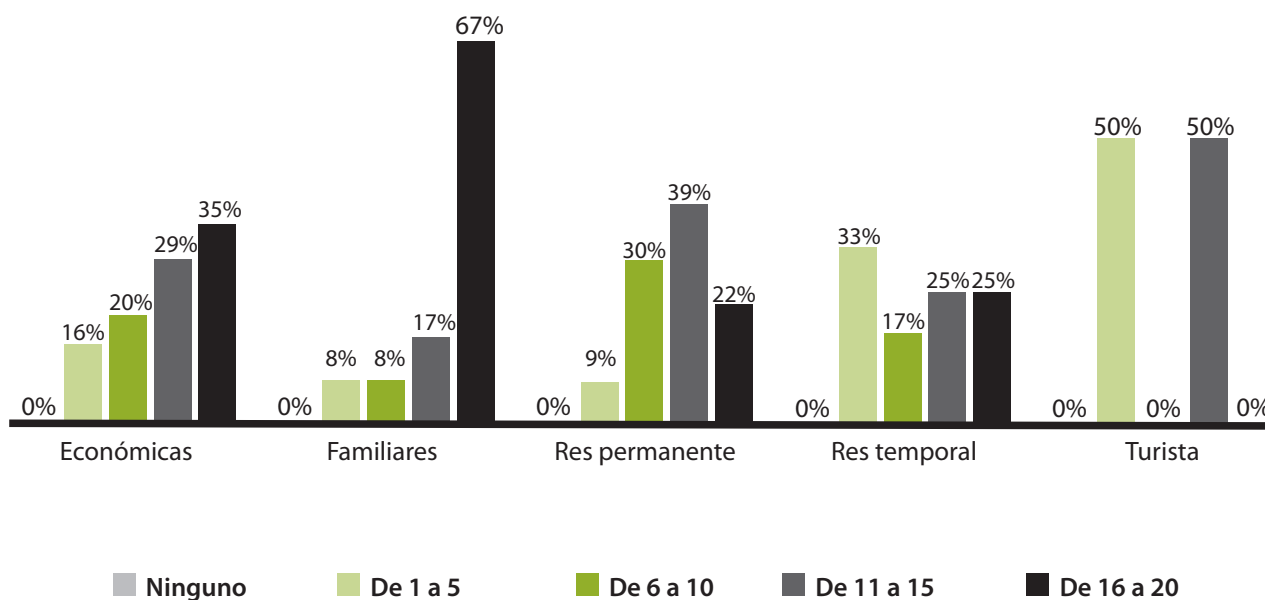
Total de síntomas de malestar psicológico presentados por persona, según condición migratoria



Fuente: Elaboración propia

Figura 11.

Total de síntomas de malestar psicológico presentados por persona, según tipo de documento



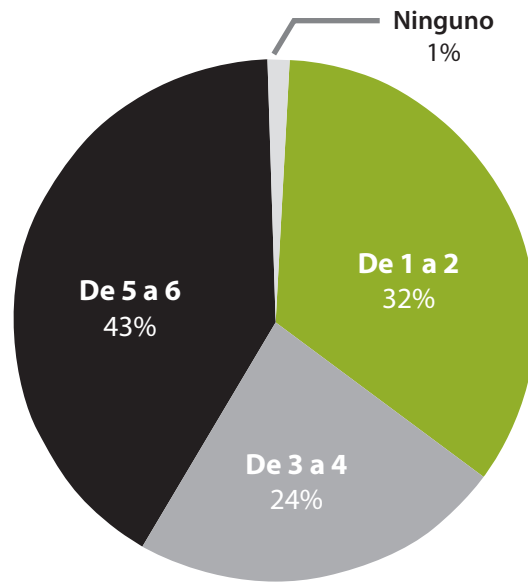
Fuente: Elaboración propia

3.2 Estrés migratorio

De la población encuestada, 99% de las personas presentan algún tipo de síntoma relacionado con el estrés migratorio. Por nacionalidad, es mayor su incidencia en aquellos que provienen de El Salvador y Honduras. Esto coincide con los resultados en los síntomas de malestar psicológico y lo podemos atribuir a las mismas razones relacionadas con el ambiente de violencia de estos países.

Figura 12.

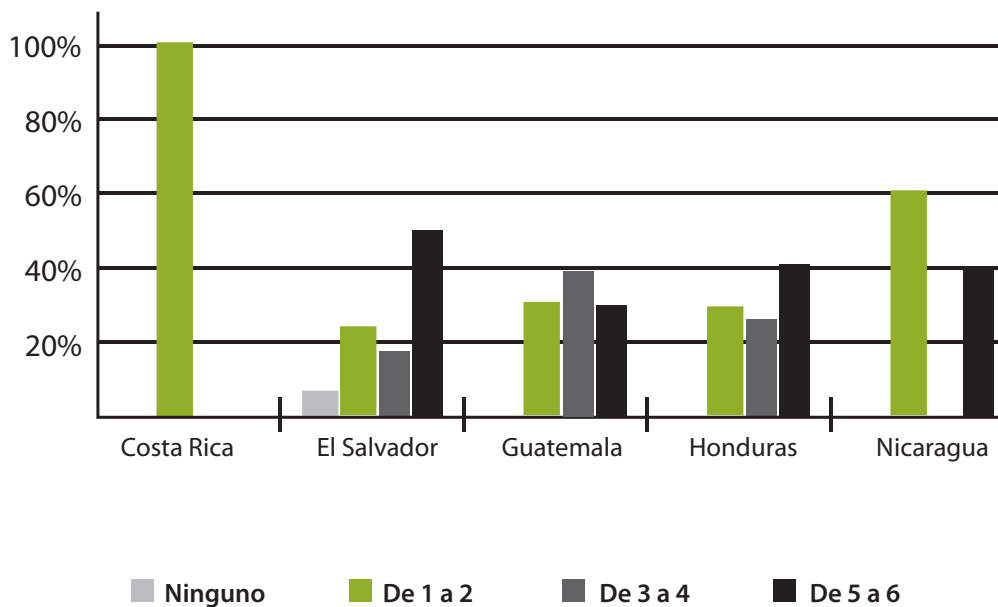
Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona



Fuente: Elaboración propia

Figura 13.

Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según nacionalidad

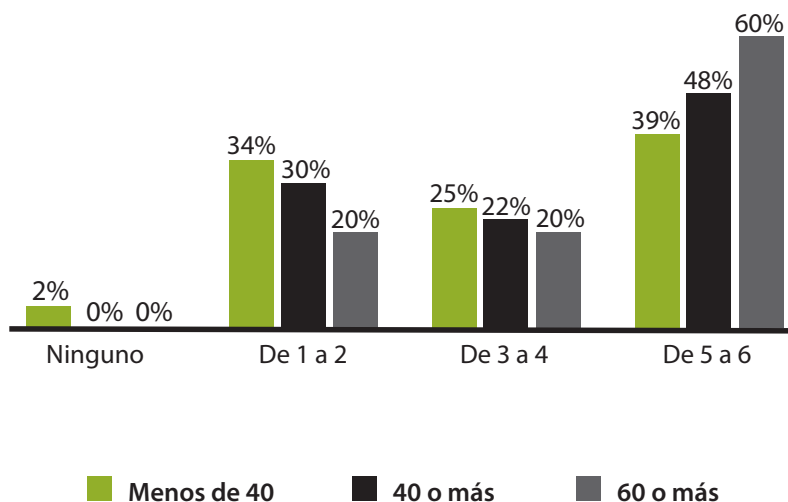


Fuente: Elaboración propia

Se encuentra, asimismo, una tendencia a presentar un mayor número de síntomas de acuerdo con el aumento de la edad. Esta situación puede estar mostrando que los retos inherentes al proceso migratorio son más fáciles de abordar entre los más jóvenes. Tal vez esto obedezca a que las capacidades de adaptación y cambio son menos flexibles conforme aumenta la edad. Por otro lado, no hay diferencias significativas por sexo, donde tanto hombres como mujeres tienden a presentar una alta incidencia de síntomas.

Figura 14.

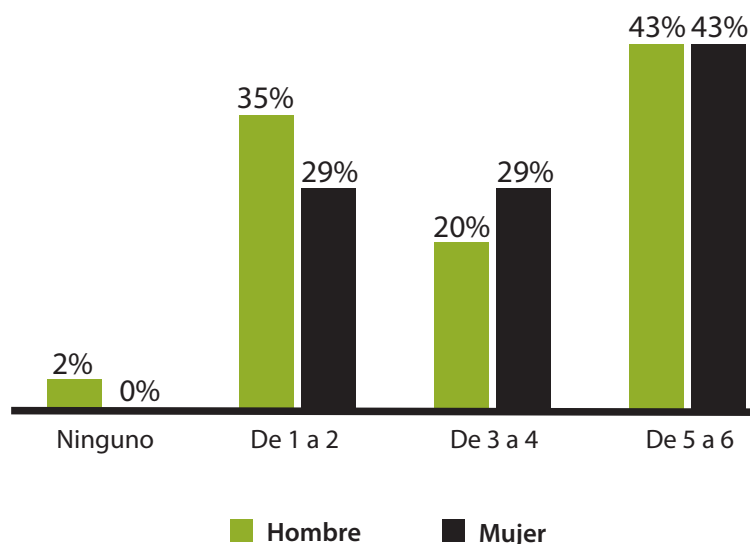
Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según edad



Fuente: Elaboración propia

Figura 15.

Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según sexo

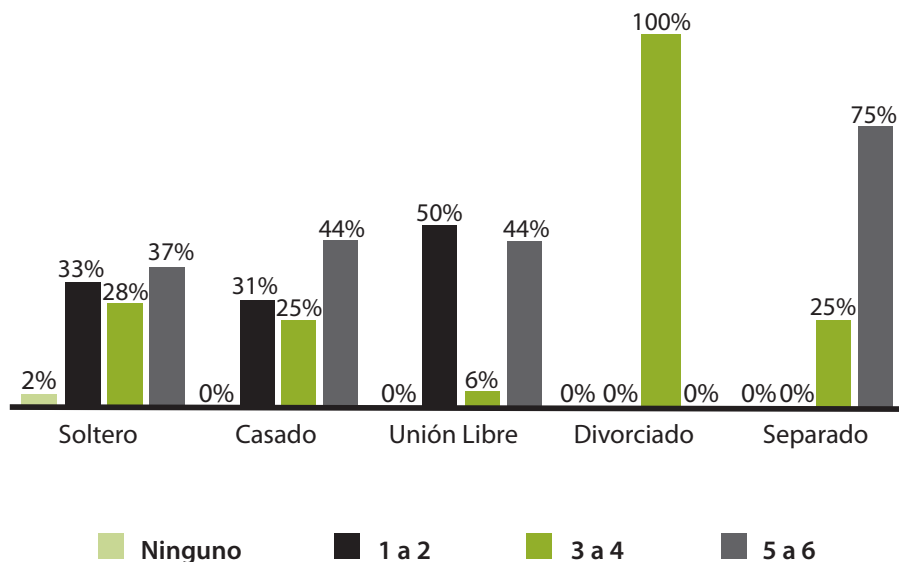


Fuente: Elaboración propia

La alta incidencia de síntomas en relación con el estado civil o presencia de familiares no muestra diferencias significativas. Sin embargo, encontramos que a mayor nivel de estudios, menor número de síntomas asociados con el estrés migratorio. Este fenómeno lo podemos atribuir a las herramientas de que disponen las personas para afrontar los retos culturales de adaptación relacionados con la migración.⁶

Figura 16.

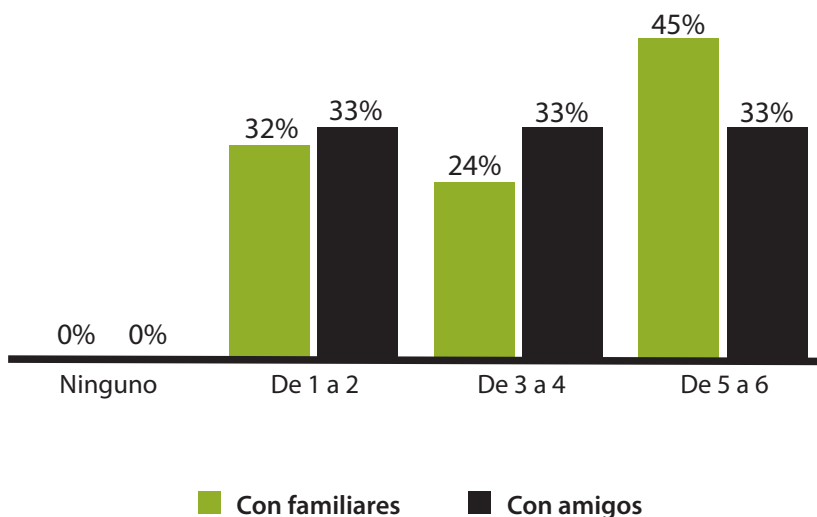
Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según estado civil



Fuente: Elaboración propia

Figura 17.

Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según situación familiar

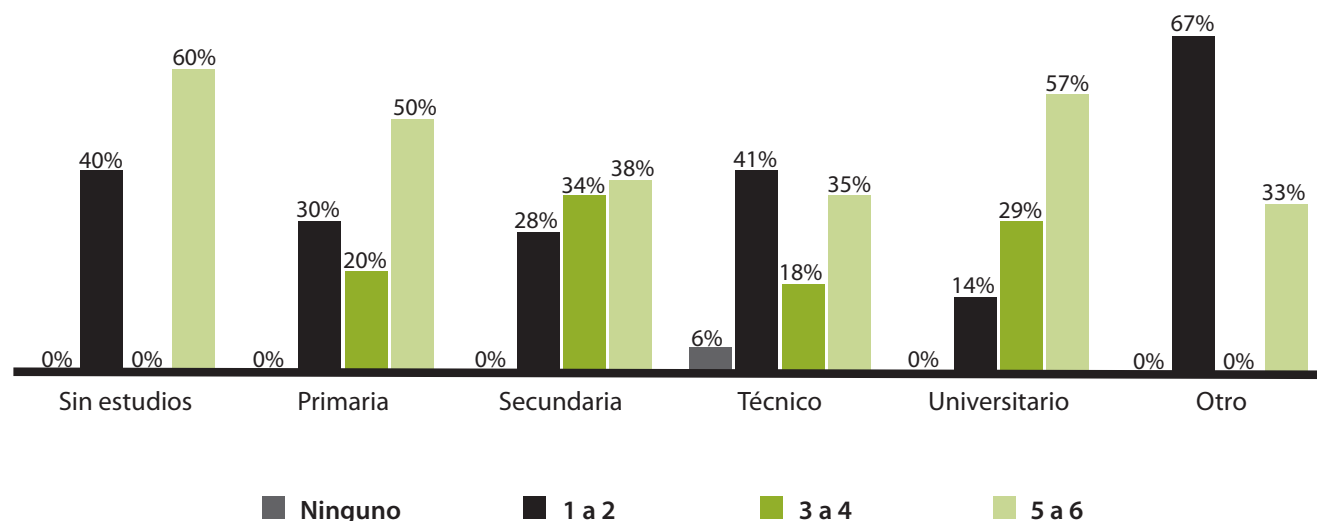


Fuente: Elaboración propia

⁶ Nuestra muestra presenta un dato al que no podemos dar explicación con los cruces de variables hechos pero que destaca: si bien esta tendencia es válida en los niveles de educación básica, la alta incidencia de síntomas en personas con estudios universitarios indica que hay algo que los alcances de nuestro análisis no ponen en evidencia.

Figura 18.

Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según nivel de estudios

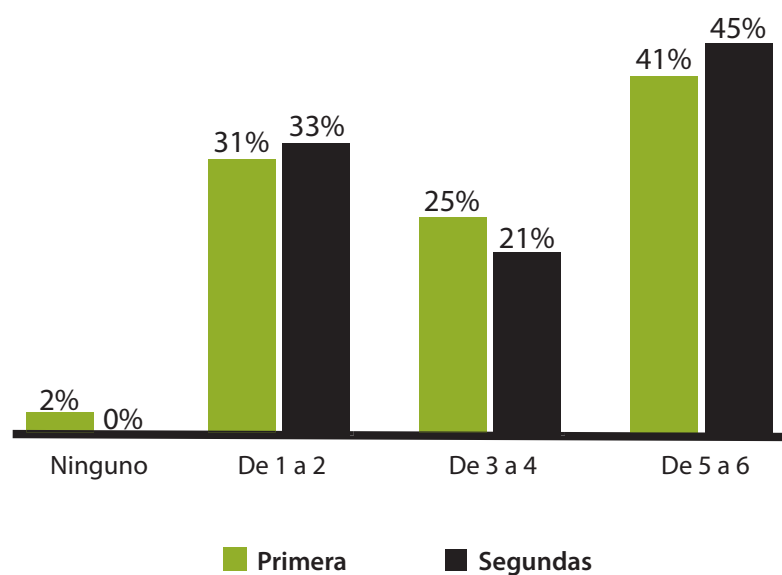


Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con las experiencias migratorias y el número de estancias en México, no encontramos diferencia en la incidencia de síntomas. No obstante, observamos divergencias relevantes en función de los motivos de salida: hay una mayor cantidad de síntomas de estrés migratorio en la movilidad fundada en razones familiares y en el escape de la violencia, a diferencia de los casos de motivos económicos o de estudios, donde el número de síntomas es más variado.

Figura 19.

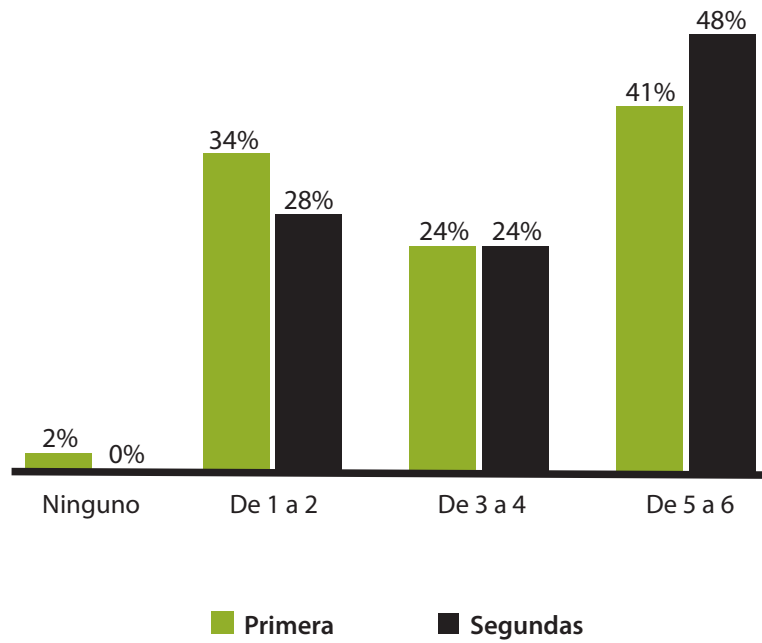
Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según experiencia migratoria previa



Fuente: Elaboración propia

Figura 20.

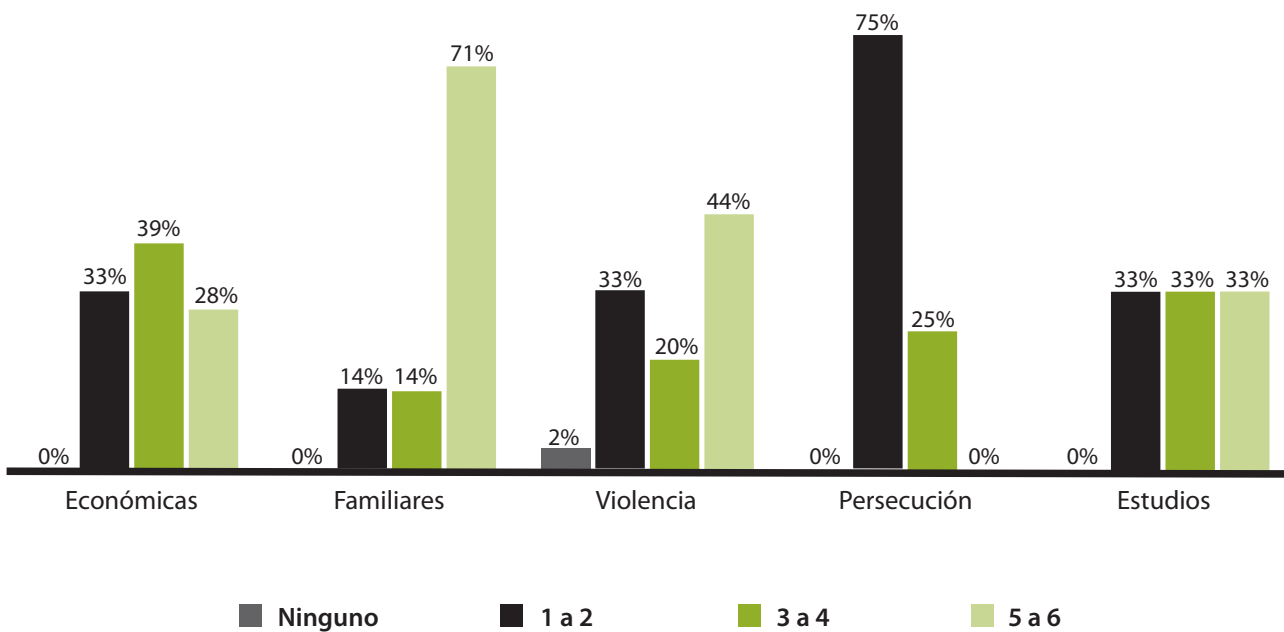
Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según estancias previas en México



Fuente: Elaboración propia

Figura 21.

Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según motivos de migración

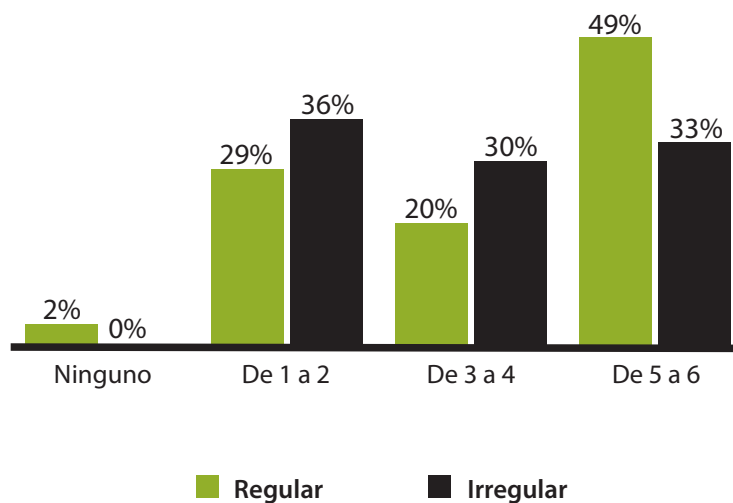


Fuente: Elaboración propia

En términos de condición de estancia encontramos mayor incidencia en las personas con una situación migratoria regular. De ellas, quienes presentan mayor número de síntomas relacionados con el estrés migratorio son aquellos que cuentan con un documento por razones humanitarias, lo cual se relaciona con la vivencia de experiencias de riesgo a la integridad.

Figura 22.

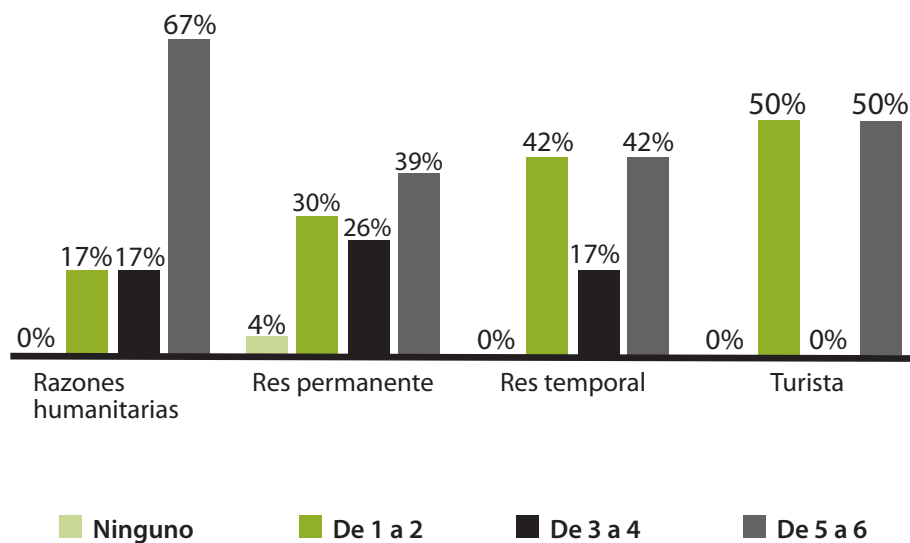
Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según condición migratoria



Fuente: Elaboración propia

Figura 23.

Total de síntomas de estrés migratorio presentados por persona, según tipo de documento



Fuente: Elaboración propia

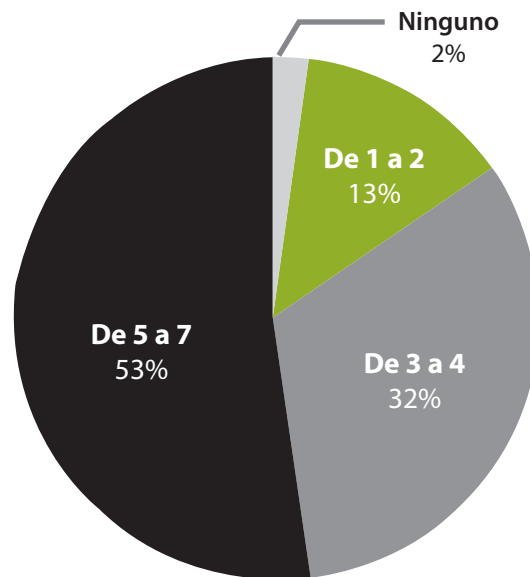
3.3 Síntomas asociados con el proceso de integración

En relación con el proceso de integración, encontramos que 98% de las personas encuestadas presentan algún síntoma.

Por nacionalidad, observamos que, en general, todas las personas encuestadas presentan sintomatología media o alta, a excepción de los salvadoreños. En ellos predomina un nivel alto, lo cual puede deberse a las condiciones en que se da su proceso de integración y a la cualidad de que, típicamente, su residencia tiende a una estancia más permanente (De la Peña, 2015).

Figura 24.

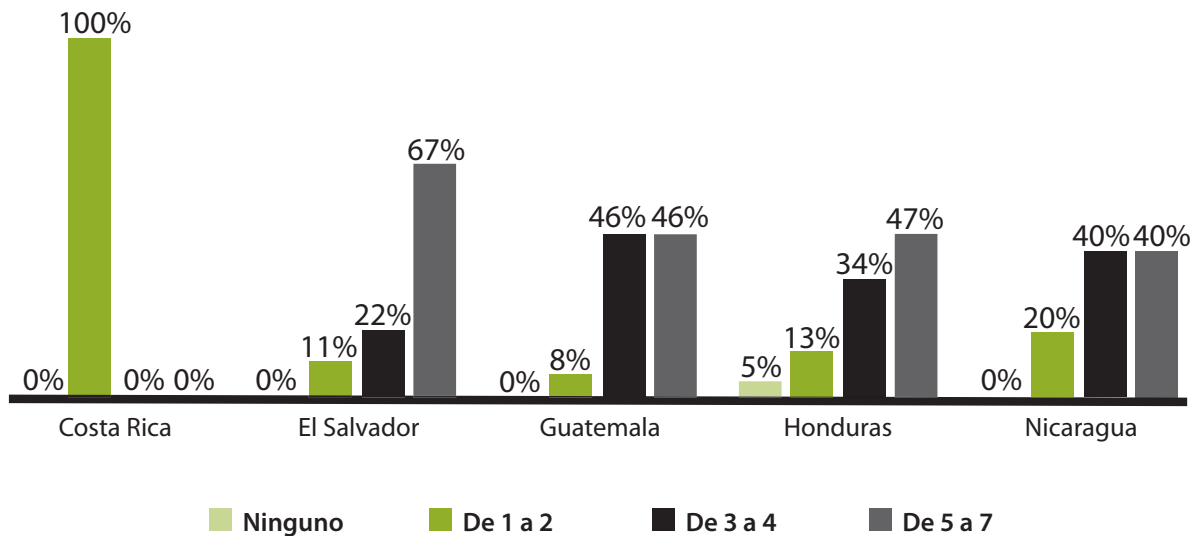
Total de síntomas asociados al proceso de integración presentados por persona, según nacionalidad



Fuente: Elaboración propia

Figura 25.

Total de síntomas asociados al proceso de integración presentados por persona

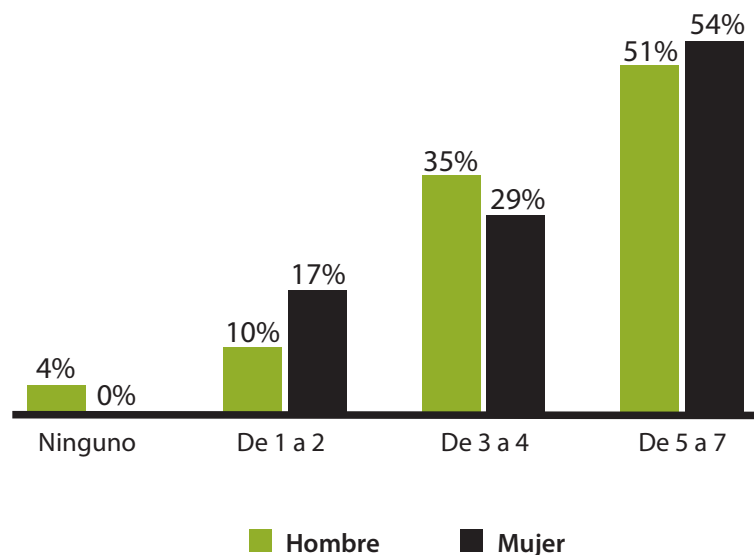


Fuente: Elaboración propia

Por sexo no encontramos diferencias significativas, pues tanto hombres como mujeres tienden a una sintomatología alta. En relación con la edad sí hay una importante divergencia; a mayor edad, más síntomas se presentan. Como mencionamos en la sección anterior, esto puede relacionarse con el hecho de que las dificultades de adaptación aumentan con el envejecimiento.

Figura 26.

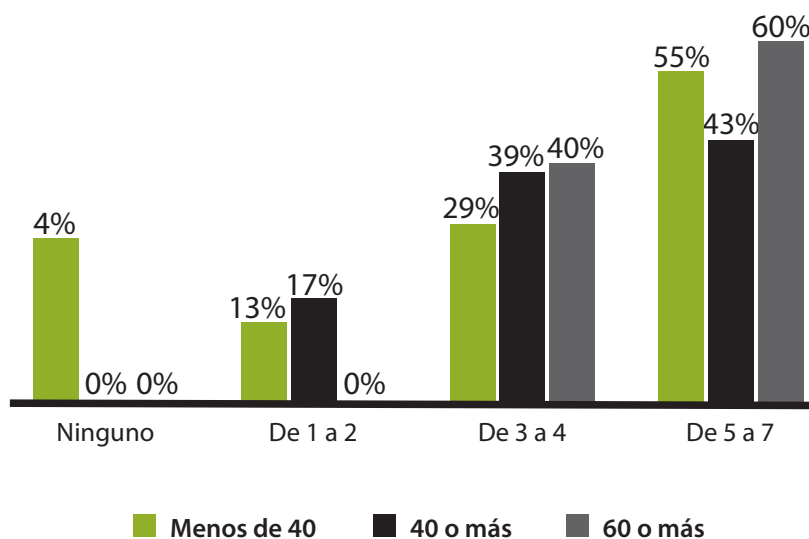
Total de síntomas asociados al proceso de integración presentados por persona, según sexo



Fuente: Elaboración propia

Figura 27.

Total de síntomas asociados al proceso de integración presentados por persona, según edad

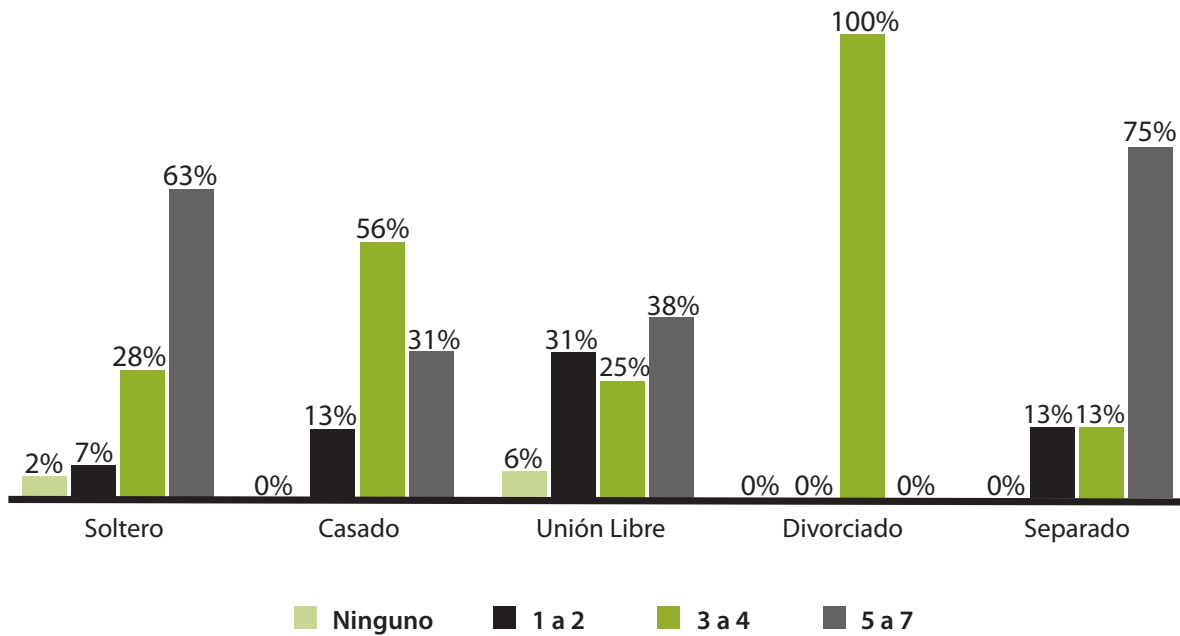


Fuente: Elaboración propia

En relación con el estado civil, encontramos que en las personas casadas o en unión libre es menor el número de síntomas expresados que en las solteras y divorciadas. Asimismo, quienes se encuentran en México con algún familiar presentan menos síntomas que aquellos que no tienen parientes en el país. Esto reafirma el papel atenuador de la familia con respecto a las tensiones vinculadas con la migración y el contexto en que lo vivencia la población que atiende nuestra organización.

Figura 28.

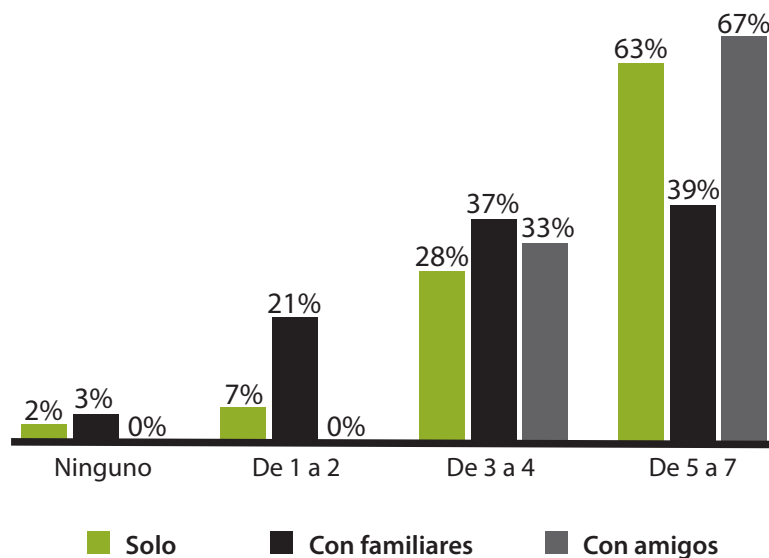
Total de síntomas asociados al proceso de integración presentados por persona, según estado civil



Fuente: Elaboración propia

Figura 29.

Total de síntomas asociados al proceso de integración presentados por persona, según situación familiar

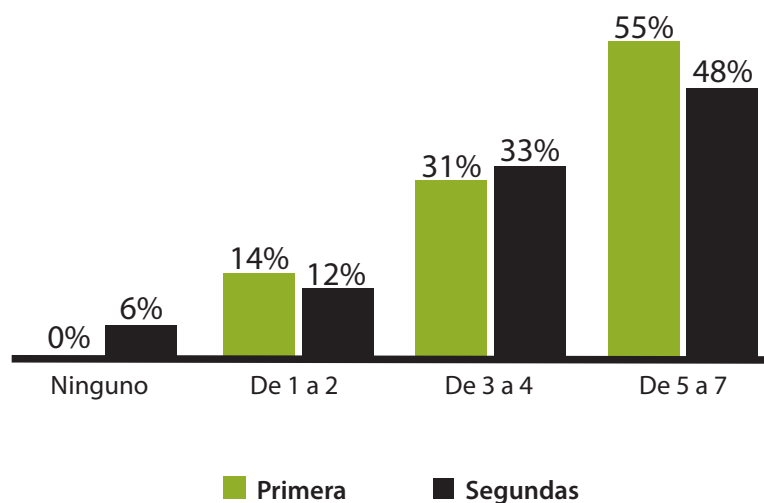


Fuente: Elaboración propia

No encontramos diferencias por experiencias migratorias previas ni estancias en México. Sin embargo, nuevamente las personas que cuentan con un documento migratorio regular presentan mayor incidencia en síntomas relacionados con el proceso de integración, especialmente aquellas cuya estancia es por razones humanitarias. Esto es acorde con el hecho de que quienes migraron por razones familiares, de violencia o persecución presentan mayor número de síntomas que las personas que lo hicieron por razones económicas. Estos datos nos muestran, nuevamente, que no es la migración la fuente de la sintomatología asociada con procesos psicológicos, sino su convergencia con ciertos tipos de sucesos que producen estrés o tensiones extremos, como la violencia.

Figura 30.

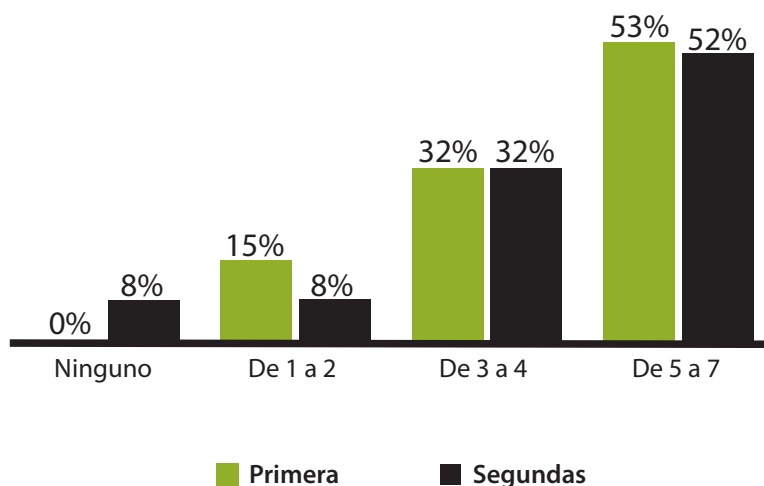
Total de síntomas asociados al proceso de integración presentados por persona, según experiencia migratorias previa



Fuente: Elaboración propia

Figura 31.

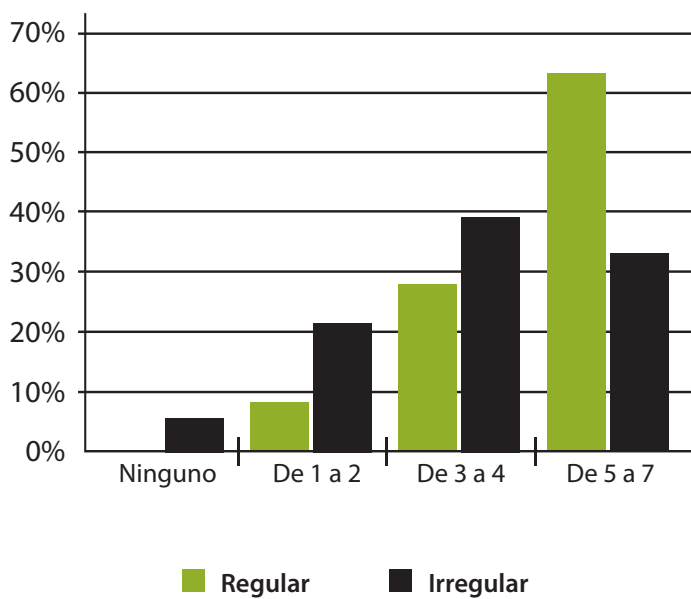
Total de síntomas asociados al proceso de integración presentados por persona, según estancias previas



Fuente: Elaboración propia

Figura 32.

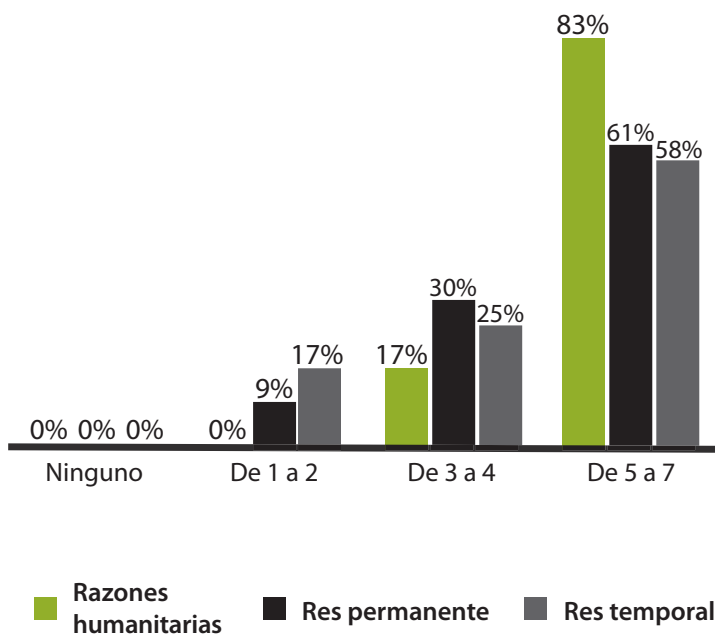
Total de síntomas asociados al proceso de integración presentados por persona, según condición de estancia



Fuente: Elaboración propia

Figura 33.

Total de síntomas asociados al proceso de integración presentados por persona, según tipo de documentos



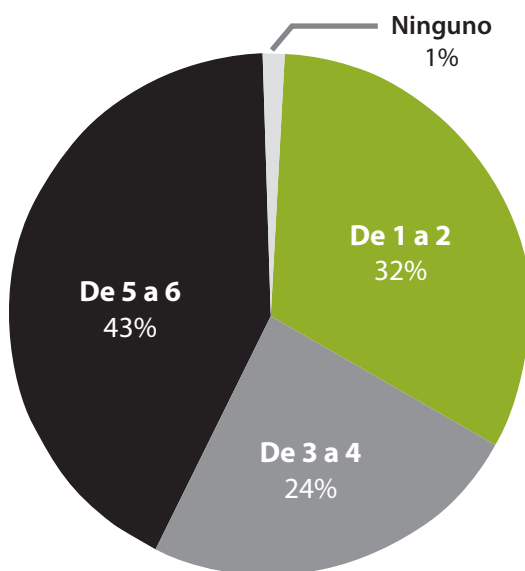
Fuente: Elaboración propia

3.4 Síntomas relacionados con eventos traumáticos

Encontramos que 86% de los encuestados presentan síntomas relacionados con hechos traumáticos, lo que se puede deber a que estos indicadores están directamente relacionados con un suceso específico, lo que no necesariamente es atribuible a todas las personas que atiende la organización. En general, quienes tienen este tipo de síntomas muestran un alto índice, sin que existan diferencias por nacionalidad.

Figura 34.

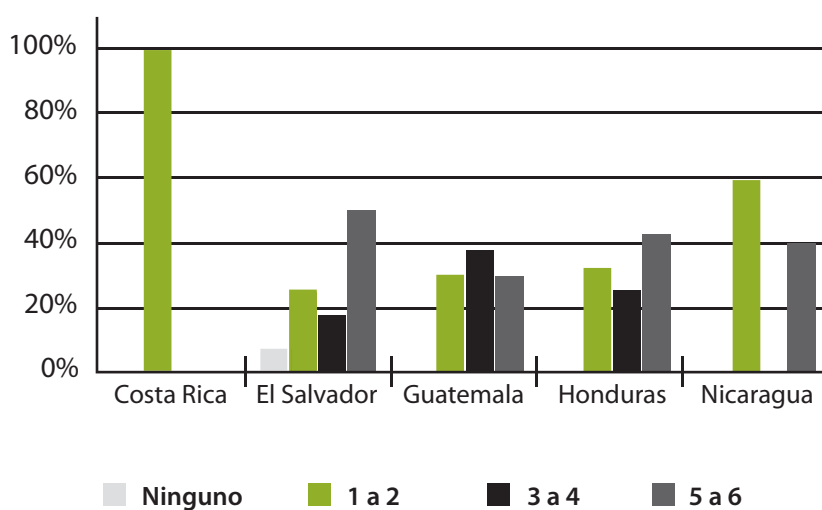
Total de síntomas relacionados con eventos traumáticos presentados por persona



Fuente: Elaboración propia

Figura 35.

Total de síntomas relacionados con eventos traumáticos presentados por persona, según nacionalidad



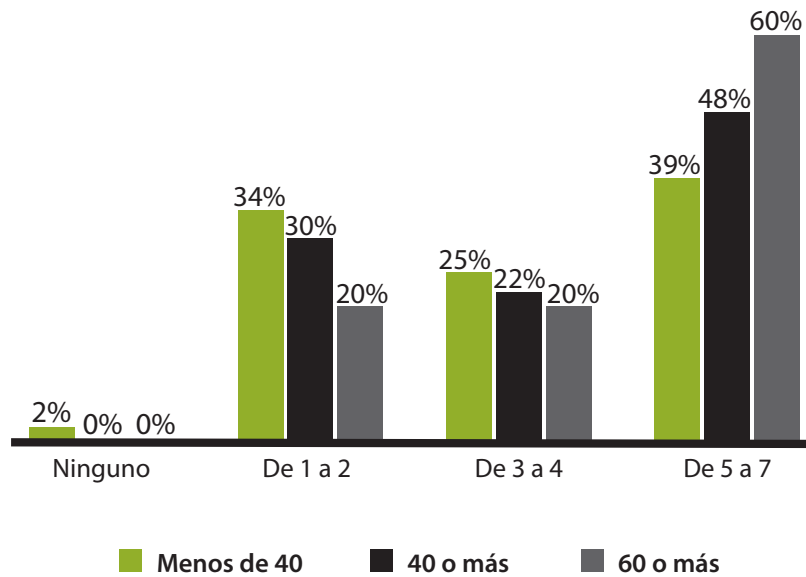
Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la edad, hay más síntomas en las personas de mayor edad, lo que se puede deber al ya mencionado detrimento de la adaptabilidad en relación con el envejecimiento.

Resalta también, y a diferencia de las otras escalas, que las mujeres presentan más síntomas relacionados con los hechos traumáticos que los hombres. Si bien los alcances de este documento son mínimos para dar una explicación clara de este hecho, podemos lanzar la hipótesis de que los sucesos vividos por las mujeres pueden ser mucho más violentos, que las formas de afrontamiento las someten a mayores tensiones y que posiblemente no existan metodologías y espacios específicos para que este grupo pueda hacer frente a sus experiencias.

Figura 36.

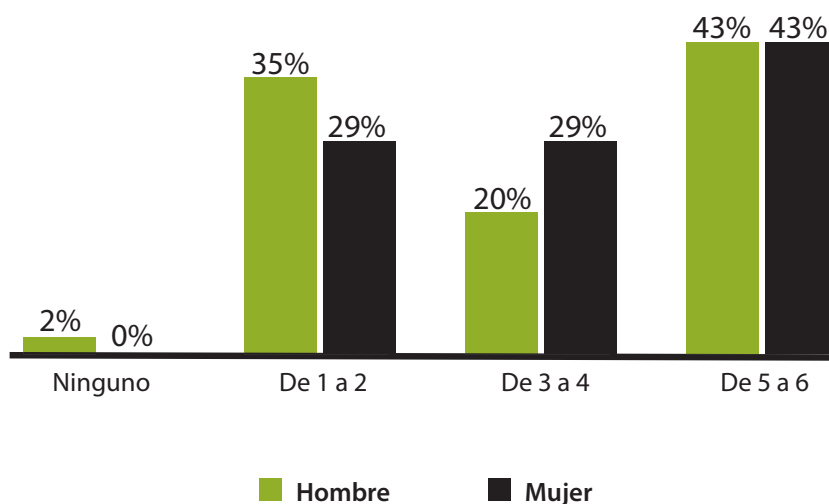
Total de síntomas relacionados con eventos traumáticos presentados por persona, según edad



Fuente: Elaboración propia

Figura 37.

Total de síntomas relacionados con eventos traumáticos presentados por persona, según sexo



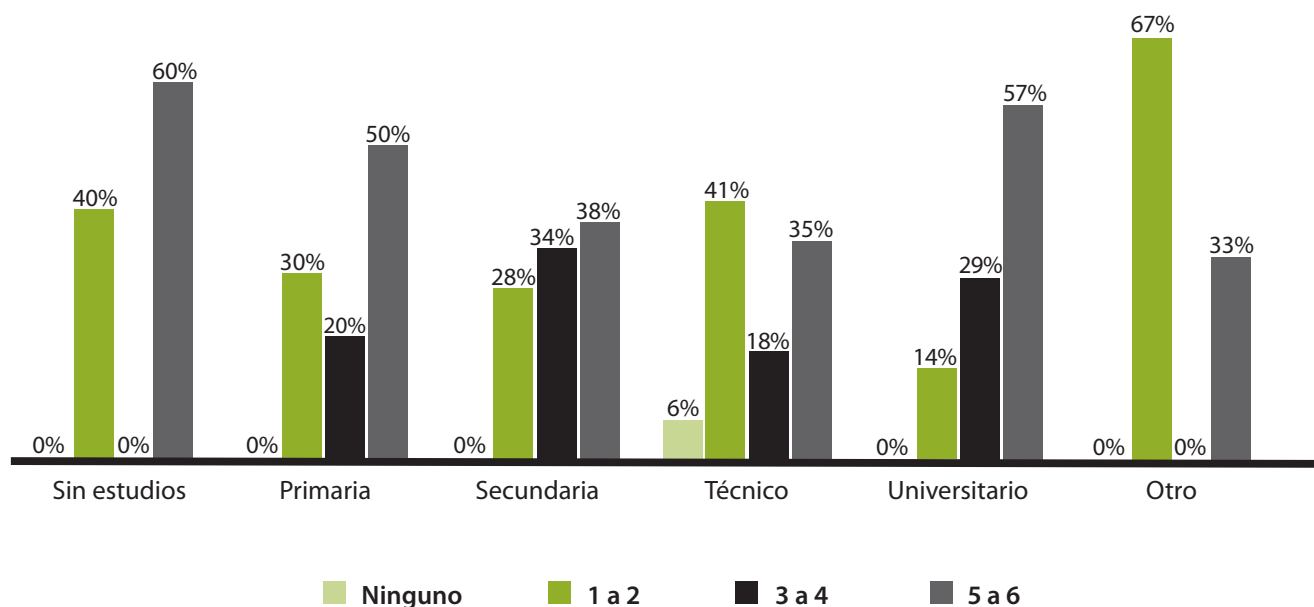
Fuente: Elaboración propia

Encontramos diferencias leves entre quienes tienen más estudios y presentan menos síntomas relacionados con hechos traumáticos y quienes tienen menos estudios, aunque podemos atribuirlo a la disposición de mayores herramientas de afrontamiento y entendimiento de acuerdo al nivel académico, las divergencias no son tan marcadas.

Las encuestas no muestran una diferencia relevante entre el número de síntomas que presentan las personas que tienen familiares y las que no cuentan con parientes en México. Pero en relación con el estado civil, encontramos más síntomas en personas solteras y divorciadas. Esto permite reafirmar la hipótesis del papel de la familia como apoyo en el afrontamiento y elaboración del estrés, la tensión y los hechos traumáticos.

Figura 38.

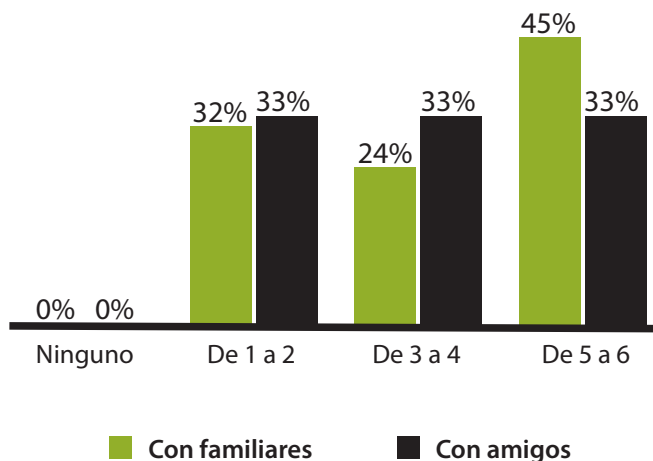
Total de síntomas relacionados con eventos traumáticos presentados por persona, según nivel de estudios



Fuente: Elaboración propia

Figura 39.

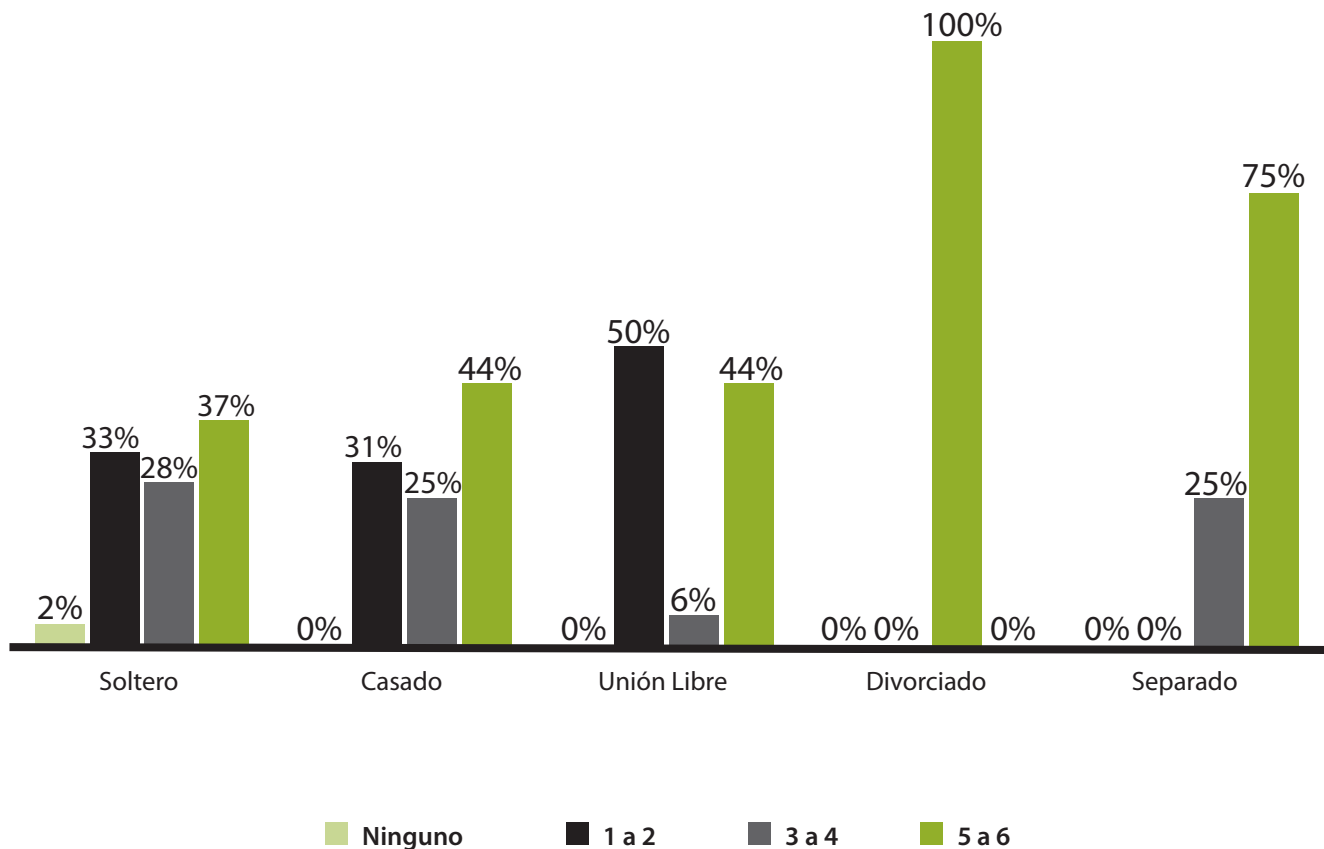
Total de síntomas relacionados con eventos traumáticos presentados por persona, según situación familiar



Fuente: Elaboración propia

Figura 40.

Total de síntomas relacionados con eventos traumáticos presentados por persona, según estado civil



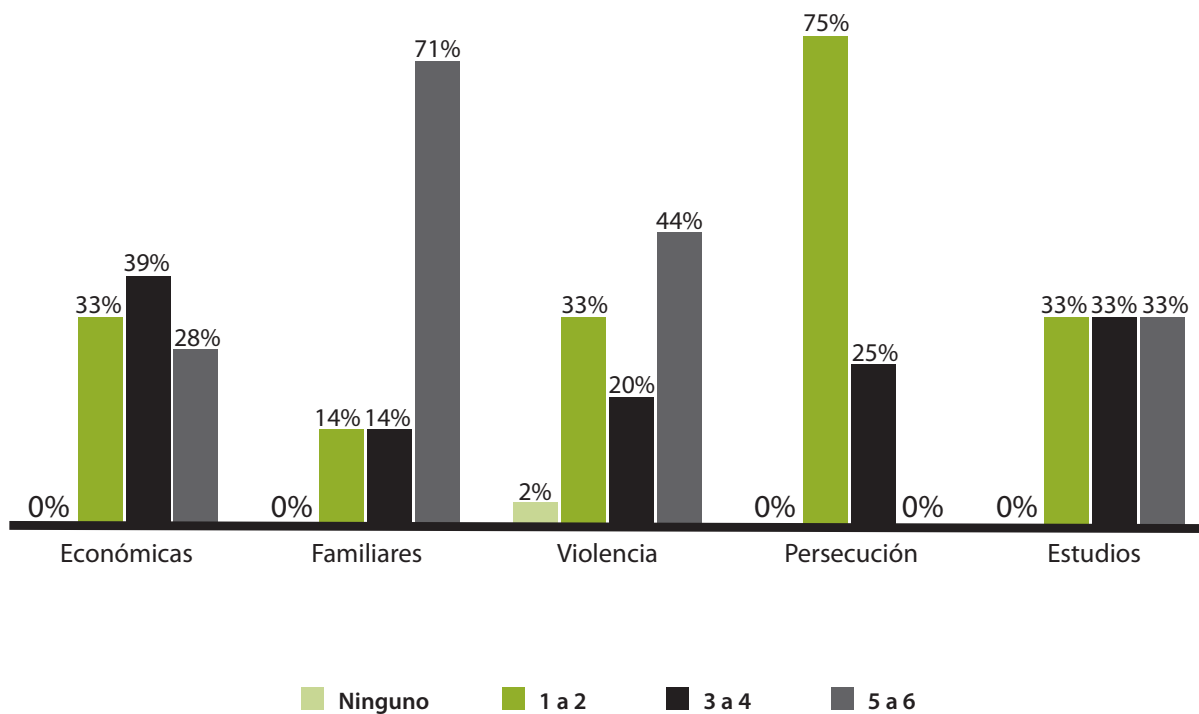
Fuente: Elaboración propia

Asimismo, encontramos más síntomas entre quienes salen de sus países por motivos de violencia, persecución o familiares, a diferencia de quienes viajan por razones económicas. Resulta lógico que las primeras dos causas aparezcan así pues están estrechamente vinculadas con hechos traumáticos y altamente estresantes. Sin embargo, es significativo que los motivos familiares surjan como un elemento de alta incidencia sintomática, lo que puede tener que ver con la violencia y el riesgo como motivo de la movilidad, convirtiendo a la migración como un mecanismo protector de la integridad de la familia, por lo que habría que ahondar en las características de los razones por las que estas personas salen de su país.

Se encuentra también que quienes están en segundas migraciones manifiestan más síntomas asociados con un hecho traumático, lo que puede vincularse con una mayor exposición a situaciones de riesgo debido a las condiciones del contexto sociopolítico en que se da la migración. En lo que respecta a las estancias en el país no se encontraron diferencias significativas.

Figura 41.

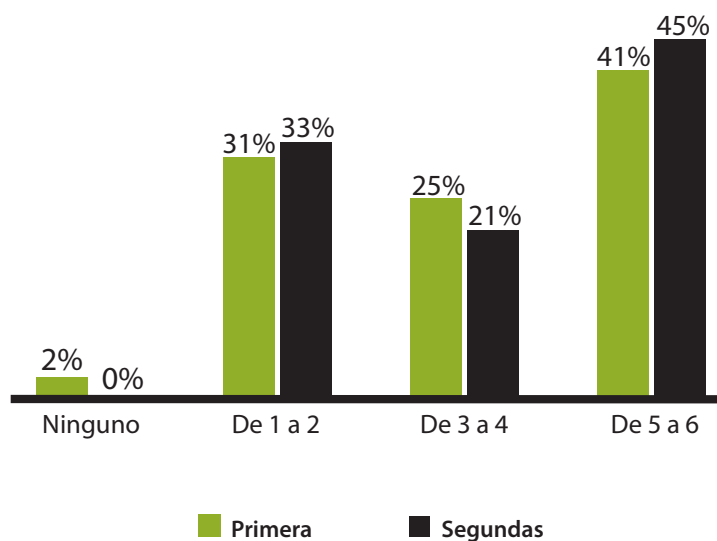
Total de síntomas relacionados con eventos traumáticos presentados por persona, según motivos de salida



Fuente: Elaboración propia

Figura 42.

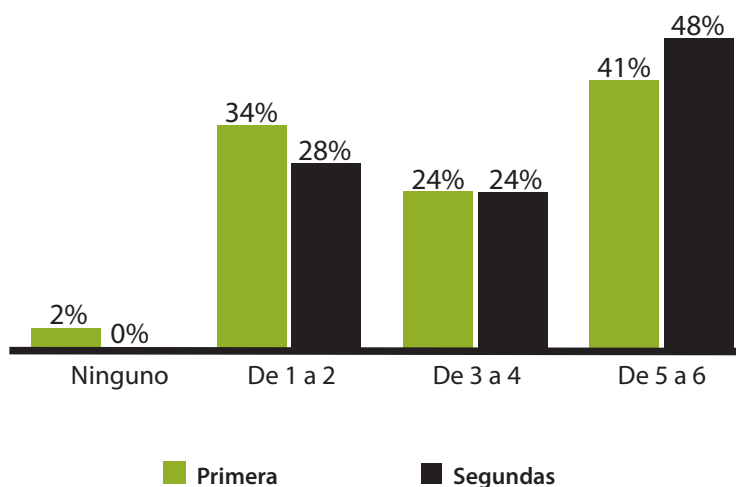
Total de síntomas relacionados con eventos traumáticos presentados por persona, según experiencia migratoria previa



Fuente: Elaboración propia

Figura 43.

Total de síntomas relacionados con eventos traumáticos presentados por persona, según estancias previas



Fuente: Elaboración propia

Igual que en las otras escalas, encontramos que las personas con estancia regular presentan mayor número de síntomas que los que no cuentan con ella. De la misma forma, son los residentes permanentes y quienes tienen documentos por razones humanitarias los que tienen mayor cantidad de síntomas. Como ya apuntamos, esta situación resulta lógica en tanto estos documentos son otorgados, en los casos de la mayoría de los entrevistados, por los riesgos a la integridad y amenazas que vivencian en sus países de origen, lo que denota una exposición previa a situaciones de riesgo y estrés.

Reflexiones finales: la situación psicológica de los usuarios centroamericanos

Con las encuestas realizadas encontramos que hay una alta presencia de sintomatología en las personas encuestadas provenientes de Centroamérica. Como se deduce de la brevísima descripción contextual al inicio del texto, la tensión y el estrés son característicos de la experiencia de movilidad de esta población, por lo que no resulta incoherente que se presenten altos índices de síntomas en estas personas.

En general, nuestra hipótesis resultó cierta pues hay una sintomatología generalizada en los entrevistados. Sin embargo las causas y los factores de atenuación o potenciación de los síntomas no corresponden con lo esperado: la violencia es un factor predomi-

nante y de gran influencia, el nivel académico no tiene demasiada incidencia, la edad se vincula de forma importante con los procesos migratorios y la violencia es un factor potenciador de los síntomas. Como resultado no esperado destaca la predominancia de la violencia como desencadenante de la sintomatología; el sexo y la experiencia migratoria resaltan como elementos que acrecientan la sintomatología asociada con la violencia, y la familia aparece como factor protector contra los efectos negativos de la experiencia de integración y de la violencia.

Sin embargo, resulta relevante observar que los nacionales de los países del triángulo norte presentan, por un lado, un altísimo y divergente nivel de sintomatología en malestar psicológico y experiencia migratoria. Mientras que, por otro lado, no ocurre lo mismo con los síntomas asociados con sucesos traumáticos y el proceso de integración, donde el nivel es alto y menos variable, pues se vincula con experiencias generalizadas en el proceso migratorio, en donde las condiciones de despojo y violencia son la constante en que se gesta la migración pueden tener en el bienestar emocional de las personas.

En términos de los síntomas atribuibles solamente a la experiencia migratoria, encontramos que la edad es el único factor que se correlaciona, de manera tal que a mayor edad, mayor presencia de síntomas. Esta

situación puede ser expresión del detrimento de las facultades adaptativas conforme aumenta la edad.

También los resultados muestran que resulta cierta para nuestro grupo la hipótesis de que el provenir de un contexto de violencia y la vivencia de experiencias asociadas con ella son factores clave de los síntomas descritos, pues potencian los efectos negativos para el bienestar tanto de la experiencia migratoria como de las vivencias de violencia.

El sexo es un factor relevante en el procesamiento de las experiencias traumáticas: las mujeres muestran mayor número de síntomas asociados con este tema que los hombres, lo que nos cuestiona acerca de los elementos con que las mujeres están obligadas a afrontar las vivencias de este tipo.

Asimismo, entre más experiencias migratorias, mayor sintomatología asociada con la vivencia de hechos traumáticos, lo que no significa que la migración sea un situación traumática *per se*, sino que es más fehaciente pensar que esto expresa las condiciones precarias y de violencia en que se da la movilidad de las personas centroamericanas.

Finalmente, la familia aparece como un factor que impacta en la sintomatología asociada con el proceso de integración y a la violencia, por lo que es una clave sobre los sectores a fortalecer al momento de intervenir con poblaciones en procesos de integración a sus países de arribo y que han sido violentadas.

Si bien estos resultados no son generalizables ni a la población migrante centroamericana ni a todas las personas atendidas por Sin Fronteras, el panorama construido nos permite conocer las condiciones en que se encuentran y la complejidad para mejorar su situación física, emocional y social. Esto nos invita a pensar cuáles serán los esquemas ideales para trabajar en favor de su bienestar desde nuestras trincheras como especialistas de la salud mental y la intervención psicosocial.

Referencias

- Arellanes, J. L. (2010) *Factores psicosociales de aculturación para el consumo de drogas en migrantes mexicanos en Estados Unidos*. Tesis de doctorado (inédita). México: Facultad de Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arellanez, J.L.; Ito, M.E. y Reyes, I. (2009) Características psicométricas de una Escala de currencia e Intensidad del Estrés Migratorio (OIEM) en población migrante mexicana a Estados Unidos. En: *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 27 (1) 133-155.
- Ariza, M. (2000). *Ya no soy la mujer que deje atrás... Mujeres migrantes en República Dominicana*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales; Plaza y Valdés.
- Banco Mundial (2011) *Crimen y violencia en Centroamérica. Un desafío para el desarrollo*. Washington, D.C: Banco Mundial.
- Benayacar, M (2016) Lo disruptivo. El impacto del entorno en el psiquismo. En: E. Ramos, E.; Taborda, A. y Madeira C. (comps.) *Lo disruptivo y lo traumático. Vicisitudes de un abordaje clínico* (pp. 13-40). San Luis: Nueva Editorial Universitaria- Universidad Nacional de San Luis.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2011). *Informe especial sobre secuestro de migrantes en México*. Recuperado el 10 de noviembre de 2012, de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/especiales/2011_secmigraentes_0.pdf
- Cordero, B. y Figueroa, C. (2011) Triturando a la humanidad: Capitalismo, violencia y migración en el tránsito por México. En: C. García y D. Villafuerte. (coords) *Migración, seguridad, violencia y derechos humanos. Lecturas desde el Sur* (pp. 127-166). México: Porrúa.
- De la Peña, A. (2015) *El proceso de incorporación de los inmigrantes salvadoreños a la Ciudad de México, 2002-2012*. Tesis de maestría (inédita). México: Posgrado de Ciencias Políticas y Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Domínguez, B. (2008) *Estrés Postraumático (EPT)*. México: Trillas.
- Kellner, R. y Sheffield, B.F. (1973) A Self-Rating scale of distress. *Psychological Medicine*. 3, 88-100.
- Melero, L. (coord.) (2010) *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes*. Valencia: Fundación Ceimigra.
- Sanmartín, J. (2010) Concepto y tipos de violencia. En: R. Gutiérrez, E. Martínez, J. Sanmartín y J. Vera. (coords.) *Reflexiones sobre la violencia* (pp.11-33). México: Siglo XXI.

Reflexiones sobre salud mental, migración y derechos humanos

El derecho a la salud mental

Elizabeth Arroyo Quintana⁷

Cuando la mayoría de las personas piensa en derechos humanos, de inmediato aparecen conceptos abstractos referentes al derecho a la vida, a la libertad, a la propiedad, junto con una sensación de que su realización plena es una meta inconcretable. Sí, los derechos humanos han sido tradicionalmente percibidos como absolutos, utópicos e inalcanzables, sin embargo, tal y como lo anticipa el título de este breve texto, existe una amplia gama de ellos, como el derecho al acceso a la salud mental, que pueden ser exigidos a los Estados.

Ahora bien, la encomienda fue clara: escribir sobre la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos en un documento relativo a personas migrantes y sujetas de protección internacional, sin hacer un artículo solamente apto para abogados; pero para hacerlo, es indispensable partir de algunas nociones y conceptos jurídicos básicos.

Cabe decir que el tema de salud mental no es precisamente popular, sino más bien bastante específico y del que se ha dicho poco, sobre todo desde el mundo del Derecho, generalmente es abordado por psiquiatras y psicólogos— sin embargo, la salud mental puede ser analizada desde la trinchera de los derechos humanos y más aún si hablamos de un grupo social específico beneficiario de ese derecho, como los migrantes y personas sujetas de protección internacional.

Considero atinado precisar que si bien el tema central de este texto no son las personas migrantes y sujetas de protección internacional, se harán algunas referencias y menciones a este grupo pues, como podrá deducir el lector, en sí es uno de los más vulnerables y qué decir de quienes padecen alguna enfermedad mental.

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) existen cerca de 200 millones de migrantes internacionales en todo el mundo y su salud es un tema de relevancia tanto en el país de origen como en el de destino (OACNUD, 2008. p. 27), pero específicamente al pensar en este último, surgen mil preguntas respecto de cuáles son los derechos de los migrantes en otros países y, del otro lado,

las obligaciones de esos países que, sin pedirlo, se enfrentan a un número mucho mayor de personas a quienes deben garantizar el acceso a la salud —entre otros derechos— cuando ciertamente, en muchos de los casos no pueden siquiera satisfacer las necesidades esenciales de sus ciudadanos.

Para la población de referencia, el acceso a la salud se encuentra bastante limitado, tanto por factores inherentes al migrante —idioma, cultura, religión— y el temor permanente a ser descubierto por las autoridades migratorias y ser deportado, pero también por la discriminación derivada de su situación irregular,⁸ pues su condición migratoria determinará el acceso a los servicios de salud. Incluso algunos Estados han manifestado expresamente ante los órganos internacionales de derechos humanos o en el marco de su legislación nacional que no pueden o no desean ofrecer a los migrantes el mismo grado de protección que a sus propios ciudadanos (OACNUDH, 2004: 27), por tanto, la asistencia brindada a este sector de la población es de emergencia o esencial⁹ e incluso, se ha percibido una tendencia regresiva de este derecho (ONU, 2015).

Si bien es cierto que en países en desarrollo como México existe una gran parte de la población que no tiene acceso a la salud y otra —también significativa— que los servicios a los que accede, no son de calidad, también lo es que los mismos países son receptores de extranjeros que migran de manera irregular y que, sin duda alguna, enfrentan una realidad mucho más desfavorable en cuanto al respeto y garantía de sus derechos.

Es total que no se pierda de vista que la salud pública *efectiva* incluye a todas las personas dentro de las comunidades, por tanto, aquellos programas o políticas que no consideran la atención a las personas en movilidad es inefectivo y tiene consecuencias en la esfera individual del migrante, y también dificulta la integración del grupo en general, pues la mala salud de los migrantes y personas sujetas de protección internacional puede incrementar la discriminación, xenofobia e incluso la desigualdad respecto de los nacionales del país receptor (OIM, s/f:9).

⁷ Licenciada en Derecho por la Universidad Iberoamericana y maestra en Derecho internacional por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Actual subcoordinadora del área legal en Sin Fronteras, IAP.

⁸ En el caso de las personas extranjeras en centros de detención la situación se agrava, pues las condiciones de alojamiento, higiene y alimentación son deplorables. No únicamente el acceso al servicio médico es casi nulo, sino que la privación de la libertad misma genera afectaciones físicas, emocionales y psicológicas en las personas (OACNUDH, 2004).

⁹ El artículo 28 de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, refiere que “[...] tienen derecho a recibir cualquier tipo de atención médica *urgente* que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud” (ONU, 1990).

Es más, salgamos un poco del discurso pro-derechos humanos y aceptemos que un migrante –en realidad cualquier persona– enferma es menos receptivo a la educación y a la interacción con otros, no puede obtener y conservar un empleo, se vuelve improductivo y una carga para la sociedad de acogida. Insisto, un país que sigue una política de salud que no considere a todas las personas que habitan su territorio, está destinado a pagar más y generar menos.

Considerando este deprimente contexto, resulta que la falta de acceso a la salud por parte de las personas que carecen una estancia regular en un país, además de ser un problema de políticas públicas que impiden el desarrollo económico y social, también constituye violaciones a los derechos humanos que, como se explicará a lo largo de este artículo, es una vía relevante porque a través de ella se puede lograr la reparación del daño generado a individuos y el cambio del actuar de los gobiernos al incumplir las obligaciones internacionales contraídas voluntariamente.

Dicho lo anterior, comencemos con la definición de derechos humanos ofrecida por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (OACNUDH), siendo aquellos derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de *nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición* y otorgan a *todas* las personas la posibilidad de presentar reivindicaciones morales que limiten la conducta de los agentes individuales y colectivos y el diseño de los acuerdos sociales y son universales, inalienables e indivisibles (OACNUDH, s/f).

Asimismo, el derecho a la salud se definió en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946),¹⁰ reconociéndolo como un derecho fundamental y una condición necesaria para lograr la paz y la seguridad, pues el mismo es necesario para el pleno disfrute de todos los demás derechos (ONU, 2015), y “entraña libertades y derechos” (ONU, 2000:3); por ejemplo, la *libertad* de las personas de controlar su salud y su cuerpo

y el *derecho* a un sistema de protección de la salud que no discrimine entre personas, los cuales generan diferentes obligaciones a los Estados.

Los derechos humanos se han establecido en distintos instrumentos; el más relevante de la época contemporánea es la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948 (ONU, s/f). A su vez, los derechos ahí previstos fueron desarrollados en dos importantes instrumentos internacionales: el de Derechos Civiles y Políticos y el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que entraron en vigor en 1976. Cabe recordar que cada vez que un Estado suscribe y ratifica¹¹ un tratado internacional, asume obligaciones de actuar –o no – de alguna forma.¹² Así, derivado de estas firmas, los gobiernos se obligan a adoptar medidas y leyes internas compatibles con los deberes emanados de los tratados, a fin de cumplir con el objetivo de los mismos, es decir, que sean respetados y aplicados en el ámbito local.

Previo a explicar las obligaciones de los Estados respecto del derecho a la salud, es pertinente dedicar unos cuantos párrafos a los derechos económicos, sociales y culturales, pues el de la salud, objeto de este artículo, es un derecho social y por ello tiene características específicas relevantes al pensar en su efectividad.

Los derechos económicos, sociales y culturales –conocidos como DESCAs al agrupar a los derechos ambientales– fueron reconocidos expresamente por la comunidad internacional en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 16 de diciembre de 1966.¹³ La lista básica de estos derechos incluye los de los trabajadores, a la seguridad social, a la protección a la familia, a un nivel de vida adecuado, *a la salud*, a la educación y los derechos culturales.

Los DESCAs son relevantes pues tienen como objetivo combatir la pobreza, la exclusión y la desigualdad en las sociedades que son, precisamente, los problemas más graves en todos los países del mundo sin importar su tipo de economía; por lo tanto, al lograr la eficacia de este grupo de derechos, se logrará que todas las personas tengan la capacidad y condiciones para una vida digna, acceso a la vida pública y a la justicia.

¹⁰ Esta definición se encuentra en el Preámbulo de la Constitución de la OMS aprobada en 1946. Dos años después, se incluyó el derecho a la salud en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada en 1948 (ONU, 1948).

¹¹ La *ratificación* designa el acto mediante el que un Estado indica su consentimiento a obligarse por un tratado, siempre que las partes la hayan acordado como la manera de expresar su consentimiento.

¹² Las obligaciones que surgen de los tratados son diversas, pero pueden ser divididas como obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos referidos en el tratado suscrito.

¹³ En la Declaración Jacobina de 1793 hay indicios de estos derechos pues refiere a la felicidad en general, al trabajo y la seguridad social.

Resulta oportuno recordar lo mencionado por Norberto Bobbio respecto de que estos derechos existen por “[...] una razón igualitaria. Los tres tienden a hacer menos grande la desigualdad entre quienes tienen y quienes no tienen, o a poner un número de individuos siempre mayor en condiciones de ser menos desiguales respecto a individuos más afortunados por nacimiento o condición social” (1995:151) por ello, es indispensable –sobre todo en un país como México con preocupantes índices de desigualdad social– trabajar en los derechos económicos, sociales y culturales desde la academia, el gobierno y la sociedad civil.

No obstante lo anterior, este grupo de derechos ha sido relegado principalmente por la falta de comprensión de su naturaleza y efectividad. Así, al ser confrontados con el grupo de los derechos civiles y políticos (a la vida, a la libertad de expresión, al voto, etcétera) reconocidos en su propio pacto,¹⁴ que son más específicos sobre todo por lo que hace a las obligaciones que generan en los Estados, existe la idea de que los DESCAs no son justiciables¹⁵ al no contraer obligaciones de resultado sino, más bien, de comportamiento progresivo pues dependen de los recursos y las políticas con los que cuenta el Estado (Riquelme, 2014:4).¹⁶

Al respecto basta recordar lo reiteradamente afirmado por la comunidad internacional respecto a que *todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí* y deben tratarse en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso (UNESCO, 1993), por tanto, se señala que los derechos económicos, sociales y culturales *sí son justiciables*,¹⁷ situación confirmada por la comunidad internacional.¹⁸

Por otro lado, existe también la creencia de que los derechos económicos, sociales y culturales no son individuales sino de carácter colectivo por su impac-

to que tienen, sin embargo, se precisa que también son individuales, sólo que para satisfacerlos muchas veces se requiere un esfuerzo colectivo que involucra recursos y políticas públicas al respecto. Por ejemplo, la salud es individual ya que es un estado específico de cada persona, independientemente de su familia y otras personas que lo rodean, pero también tiene una dimensión colectiva, puesto que hay factores sociales que influyen en la salud, como la contaminación, la falta de hábitos higiénicos, agua potable, etcétera, mismas que sólo pueden ser combatidas a través de la acción colectiva (Carbonell y Carbonell, 2013).

Como se dijo anteriormente, es importante entender el grupo al que pertenece el derecho de interés, pues éste determina las obligaciones que adquieren los Estados frente a los gobernados.¹⁹ En el caso que nos ocupa, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (sistema Universal) dispone en el artículo 2.1 que los Estados han de adoptar medidas *hasta el máximo de los recursos de que dispongan para lograr progresivamente* la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales; en la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales conocido como Protocolo de San Salvador (sistema Interamericano) se establece además la obligación de adoptar disposiciones de derecho interno.²⁰

Es preciso enfatizar que, contrario a la creencia de muchos, la referencia a los recursos disponibles no significa que los derechos económicos, sociales y culturales deban ser protegidos hasta que los Estados tengan recursos suficientes; por el contrario, es evidente que los recursos de los Estados *siempre son limitados*. Sin embargo, aun así, están obligados a realizar acciones específicas: adoptar medidas (legislativas, ejecutivas o de cualquier índole) buscando la efectividad de los derechos y *siempre* intentar que *todas* las personas tengan acceso –cuando menos– a los niveles míni-

¹⁴ Es importante señalar que la Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos, así como muchos académicos, han hecho énfasis en que la división entre los derechos económicos, sociales y culturales y los derechos civiles y políticos es “artificial y estéril” ya que la misma apareció en el contexto de la Guerra Fría, cuyas economías enfatizaban más unos y otros y para fines de tener una negociación fructífera se hicieron dos pactos.

¹⁵ La justiciabilidad refiere a la posibilidad de exigir a través de un mecanismo jurídico el cumplimiento o restitución de un derecho.

¹⁶ Para más información ver: Informe del Grupo de Trabajo de composición abierta sobre un protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre su quinto período de sesiones (ONU, 2008); Ventura Robles, Manuel E. (2014) Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales; y Fuentes Alcedo, Carlos Iván (2006) *Protegiendo el derecho a la salud en el sistema interamericano de derechos humanos: estudio comparativo sobre su justiciabilidad desde un punto de vista sustantivo y procesal*.

¹⁷ La justiciabilidad se ha discutido en el Sistema Interamericano, para mayor información revisar el voto concurrente del juez Eduardo Ferrer MacGregor Poisot a la Sentencia de la Corte IDH en el caso Suárez Peralta Vs. Ecuador, 21 de mayo de 2013 (Ferrer, 2013).

¹⁸ Se ha corroborado la justiciabilidad de los DESCAs a través de quejas individuales, mecanismo de cumplimiento expresamente considerado en el Protocolo Facultativo al Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado por la Asamblea General de la ONU en 2008 y que entró en vigor el 23 de mayo de 2013. A la fecha lo han suscrito 45 países y 21 lo han ratificado. México no lo ha firmado (ONU, 2016).

¹⁹ Habrá que precisar que este grupo de derechos ha sido aproximado por todos los sistemas de derechos humanos, por lo que hay diversos alcances e interpretaciones, así como obligaciones que los Estados tienen que cumplir que, en muchos casos, genera confusión para los Estados mismos.

²⁰ México tiene estas obligaciones ya que es parte de estos Tratados desde 1981 y 1996, respectivamente.

mos de satisfacción de estos derechos. Asimismo, la realización progresiva significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización y eficacia de los derechos,²¹ en este caso del derecho a la salud (ONU, 2000).

Considerando todo lo anterior, hablemos de lo que nos ocupa: el derecho a la salud. El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales consagra lo siguiente en su artículo 12:

“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y *mental*.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad*”(ONU, 1966).²²

Asimismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales presentó los elementos esenciales e interrelacionados del mismo, resumidos a continuación (ONU, 2000, párr. 12):

a) *Disponibilidad*. El Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, los cuales deberán contar con condiciones sanitarias adecuadas y personal médico y profesional capacitado.

b) *Accesibilidad*. Incluye: (i) la no discriminación; (ii) la accesibilidad física, es decir, que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al

alcance geográfico de todos y acceso para las personas con discapacidad; (iii) la accesibilidad económica o asequibilidad, que refiere a que sin importar si son públicos o privados, los establecimientos, bienes y servicios estén al alcance de todos y que no representen una carga desproporcionada para los más pobres; y iv) acceso a la información (solicitar, recibir y difundir) acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.

c) *Aceptabilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y respetar las diversas culturas y la confidencialidad.

d) *Calidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

El Pacto de San Salvador, por su parte, entiende de la misma manera el derecho a la salud, estableciendo las medidas que deberán adoptar los Estados, siendo especialmente relevantes para fines de este artículo las siguientes:

“a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de *todos* los individuos y familiares de la comunidad;

b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a *todos los individuos del Estado*; (...)

f. la satisfacción de las necesidades de salud *de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables*” (OEA, 1988).²³

En efecto, ambas normativas reconocen el derecho humano a la salud, un derecho de todos los humanos independientemente de su nacionalidad y origen étnico y entiéndase también, su condición migratoria, incluso haciendo referencia expresa a la urgencia de defender a los grupos más vulnerables.

Delineando aún más el tema, hay que señalar que sin afán de ser obvia, el derecho a la salud mental se encuentra incluido en todos los tratados referentes a la salud en general, sin embargo también está regulado de manera específica en el Derecho internacional y mexicano.

²¹ Vale la pena en insistir que, en el caso de los migrantes, el derecho al acceso a la salud es regresivo y no progresivo como debería.

²² Es importante considerar que de conformidad con la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 2000) este listado se presenta como ejemplo, pero no es limitativo. Las cursivas son de la autora.

²³ Este extracto corresponde al artículo 10 del Pacto de San Salvador. Las cursivas son de la autora.

La salud mental abarca un bienestar emocional y social y en palabras del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: “[s]in salud mental no hay salud” (ONU, 2015:15) por lo que su promoción debería ser una prioridad de los Estados.²⁴

En primer término, es importante tomar en cuenta que además de los tratados internacionales ya citados que abordan el derecho a la salud y/o los económicos, sociales y culturales, y que por tanto son referencia obligada al hablar de derecho a la salud mental, existen otros instrumentos –la mayoría no vinculantes–²⁵ que proporcionan estándares y guías que permiten a los Estados comprender el alcance y la importancia del derecho a la salud mental y que surgieron como una respuesta a las constantes violaciones de derechos humanos de enfermos y discapacitados mentales, grupo que se ha reconocido como uno de los más marginados y vulnerables de la sociedad, pues se encuentran en constante riesgo de que se violen sus derechos humanos de las peores maneras, que van desde tratos inhumanos o degradantes hasta la muerte.

No obstante que la definición y clasificación de *grupos vulnerables* no es parte de este artículo, al ser un tema por sí mismo, es indispensable atender que la comunidad internacional ha encontrado que los enfermos mentales se encuentran en un estado de especial vulnerabilidad en situaciones específicas, como lo es en los centros en los que reciben tratamiento o cuando se encuentran fuera de sus hogares o lugares de origen.²⁶

De acuerdo con la OMS, una de las mayores problemáticas en el tema de derecho a la salud y las violaciones del mismo, radica en que 40% de los países no cuenta con una política adecuada en salud mental y que el presupuesto destinado a este rubro es menor

a 1% del total asignado a la salud (OMS, 2001:3) traduciéndose en que para muchas personas el cuidado de la salud mental es geográfica y económicamente inaccesible (ONU, 2003).

De igual manera, algunos migrantes y personas sujetas de protección internacional presentan enfermedades o afectaciones mentales desde que salen de sus países de origen, o bien, derivado del arduo viaje y los obstáculos que tienen que sortear, que les genera traumas, lo que los hace más vulnerables. Incluso existen estudios de transmisión del trauma que demuestran que el riesgo de reaparición de patologías y la repetición de violencia varias generaciones más tarde (OIM, S/F).

Al respecto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, resolvió que los Estados deben respetar el derecho de los no ciudadanos a un grado adecuado de salud física y mental, entre otras cosas, absteniéndose de negar o limitar su acceso a los servicios de salud preventiva, curativa y paliativa (OAC-NUDH, 2004). En el caso de los migrantes, es evidente la interrelación que existe entre el derecho a la salud y otros, pues es evidente que para garantizarse aquel, también se deberán de adoptar medidas respecto de la vivienda digna, a condiciones de trabajo seguras y salubres, a un nivel de vida adecuado, a la alimentación, etcétera.

Siguiendo este orden de ideas, es indispensable mencionar que en el paso por los países, un preocupantemente alto número de personas migrantes es víctima de violencia y malos tratos por parte de delincuentes, lo que requiere una atención médica y psicológica de emergencia. También padecen daños graves y a veces irreparables por parte de agentes de los gobiernos y no me refiero a felonías como abuso de poder o corrupción, sino a aquellos derivados de actuar conforme a lo que la legislación les permite.

²⁴ En el párrafo 77 del informe citado anteriormente, el Relator dice que es un tema de interés para el desarrollo sostenible pues versa sobre la dignidad, lograr una vida sana, economías sólidas e inclusivas, promover sociedades seguras y pacíficas e instituciones sólidas (ONU, 2015:15).

²⁵ Dentro de estos instrumentos encontramos los Principios para la protección de las personas con enfermedades mentales y para la mejora de los servicios de salud mental (OEA, 1991), la Declaración de Caracas (OMS, 1990), la Declaración de Madrid (ONU, 2007), la Ley sobre cuidados de Salud Mental: diez principios básicos de la OMS (OMS, 2003), los Principios de Brasilia: principios rectores para el desarrollo de la atención en Salud Mental de las Américas (OMS, 2005) y las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU, 1994).

²⁶ En los Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad de las Américas se señala como básico el trato humano (incluyendo la protección contra amenazas y actos de tortura, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, violencia sexual, castigos corporales), la libertad personal (haciendo especial mención a las personas institucionalizadas por trastornos mentales y sugiriendo que la privación de libertad de una persona en un hospital psiquiátrico u otra institución similar deberá emplearse como último recurso), salud, condiciones de higiene y vestido y la inspección que deberá realizar el Estado a las instituciones. En este instrumento se define privación libertad como “Cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria. Se entiende entre esta categoría de personas, no sólo a las personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean éstas procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores; centros para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo o refugio, apátridas e indocumentados; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas” (OEA, 2008).

Basta pensar en la privación a la libertad que se da en nuestro país en las estaciones migratorias, donde las condiciones de salubridad, higiene y alimentación son denigrantes (Sin Fronteras, 2013, 2014) y que indudablemente laceran a las personas física, mental, patrimonial y moralmente.

Como si vivir injustificadamente en esas condiciones no fuera poco, países como el nuestro son omisos en garantizar el acceso a la salud mental en esos centros, donde el servicio médico brindado es incapaz de curar una gripa, no hay posibilidad alguna que se brinde un tratamiento idóneo a quien padece alguna enfermedad mental.²⁷

Conociendo todo lo anterior, surge la pregunta del millón: ¿de qué sirve el reconocimiento por parte de la comunidad internacional de la problemática en torno al derecho al acceso a la salud y la suscripción de tantos tratados? Hoy en día podemos contestar que sirve de mucho, pues como se anticipó en los primeros párrafos de este ensayo, pese a que la firma de tratados pareciera un deporte cotidiano para muchos países, aún para esos ávidos de popularidad, formar parte de los mismos genera obligaciones determinadas que los Estados tienen que respetar y siguiendo un principio de Derecho Internacional, toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente.

Para explicar lo anterior, considero oportuno retomar lo ya mencionado respecto a que además de las medidas que habrán de adoptar los Estados, el derecho a la salud genera las obligaciones específicas de respetar, proteger y cumplir mismas que se presentan a continuación:

Cuadro 1.

Obligaciones estatales respecto del derecho a la salud

<i>Obligación</i>	<i>Contenido</i>	<i>Ejemplo</i>
Respetar	Exige que el Estado se abstenga de injerir en el disfrute del derecho a la salud	No negar el acceso a un migrante al servicio de salud preventiva
Proteger	Requiere que el Estado adopte medidas para impedir que <i>terceros</i> interfieran en la aplicación de las garantías y el disfrute del derecho a la salud	Crear medidas para garantizar que terceros no limiten el acceso de las personas a servicios de salud
Cumplir (facilitar, proporcionar y promover)	Requiere que el Estado adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud	Tener suficientes hospitales con personal debidamente capacitado

Fuente: Elaboración propia con base en las observaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 2000).

²⁷ Algunos casos recientemente conocidos por Sin Fronteras relatan que las autoridades migratorias son omisas y negligentes en identificar a enfermos mentales detenidos. Una solicitante de asilo centroamericana que manifestó a las autoridades que requería de tratamiento psiquiátrico fue ignorada, hasta que intentó suicidarse y entonces fue remitida por algunos días a un psiquiátrico. Posteriormente, fue nuevamente ingresada a la estación migratoria, donde tuvo dos crisis más.

Las obligaciones que derivan de los numerosos tratados internacionales son tantas como tratados y leyes existen, pero para más claridad pensemos que la obligación de cumplir refiere que el Estado debe de garantizar la atención de la salud, incluyendo el tratamiento a enfermedades mentales, así como velar porque haya suficientes establecimientos distribuidos a lo largo del territorio para que todas las personas puedan acceder a él. Estas obligaciones pueden ser violadas cuando el Estado no adopta o aplica una política nacional con miras a garantizar el derecho a la salud de todos, hace gastos insuficientes o asigna inadecuadamente los recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud, no vigila el ejercicio de este derecho, no adopta medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud.

Por su parte, la obligación de proteger consiste en que en el supuesto de que cierto servicio no sea prestado por el sector público, ello no deslinda de obligaciones o responsabilidades a éste, pues tiene que controlar a los suministradores privados a través de la implementación de un sistema regulatorio efectivo que incluya una supervisión independiente y sanciones en caso de incumplimiento. Violaciones a estas obligaciones suceden cuando un Estado no adopta las medidas necesarias para proteger a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros²⁸ o no regula las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que se viole el derecho a la salud. (ONU, 2000)

Finalmente, existirán violaciones a la obligación de respetar cuando algún ente del sector salud niegue el servicio a alguna persona por ser migrante indocumentado o no tener un domicilio determinado o por ser mujer.

Luego, la sola lectura de los tratados y la doctrina nos permite afirmar que la suscripción y ratificación de un tratado internacional genera más que popularidad y buena apariencia del gobierno de un país, pues contrae obligaciones que no pueden simplemente ser soslayadas pues, de hacerlo, el Estado –soberano– puede ser juzgado y condenado por la comunidad internacional. Por ejemplo, en el caso del sistema interamericano países de nuestro continente pueden ser llevados a litigio internacional

ante la CoIDH, conocida por ser sumamente progresiva y proporcionalmente dura en cuanto a las sanciones, específicamente al fijar fuertes cantidades para reparar el daño a los ciudadanos.²⁹ Entonces, podemos concluir que en el Derecho internacional de los derechos humanos se han fijado estándares y requisitos mínimos que deben ser observados por los Estados para garantizar y proteger los derechos de los individuos, so pena de ser ejemplarmente sancionados.

En otro orden de ideas, es propicio dedicar unas cuantas líneas al caso de México, que, como se insinuó antes, es ampliamente conocido por ser de los primeros en la fila de firmas y ratificación de tratados internacionales de derechos humanos y recientemente, tiene todo el afán –y por supuesto en cumplimiento de una sentencia– de desarrollar un sofisticado y vanguardista marco legislativo en dicha materia, siendo el referente más relevante la reforma al artículo 1o Constitucional que, desde el 10 de junio de 2011, dispone:

“Artículo 1º. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos.

²⁸ Al respecto, la CoIDH (2006) en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, cuya causa es la muerte de un enfermo mental en un hospital privado, resolvió que los Estados incurrirán en responsabilidad por violar derechos reconocidos en el Sistema Interamericano, por la omisión en prevenir que terceros vulneren o interfieran en el disfrute a la salud, es decir, aunque esa persona no sea órgano del Estado pero esté autorizado por éste.

²⁹ En el ampliamente difundido caso de *Rosendo Radilla Pacheco vs. México* (CoIDH, 2009), la Corte ordenó a nuestro país a modificar la Constitución, un tipo penal y el pago de ciento treinta y tres mil dólares por los daños, entre otras medidas.

Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016).

Por su parte, el cuidado a la salud existía en México desde la época prehispánica y en la Colonia, con la actividad de misioneros se fundaron los primeros hospitales en el país (Escribano, 1976:4). Después, en la Constitución centralista de 1836 y las bases orgánicas de 1843 se fijó competencia y se delegaron facultades, siendo el Estado el único encargado de velar por el cuidado y supervisión de la salud de los mexicanos. A partir de la Revolución Mexicana, el Estado se vio en la necesidad de resolver las principales demandas populares que le dieron origen y en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, se transformó la concepción del derecho a la salud, dándole un carácter social. No obstante, fue hasta la reforma del artículo 4º publicada en el *Diario Oficial* de la Federación en 1983 que se reconoció expresamente el derecho a la salud y las obligaciones del Estado mexicano respecto del mismo (Sánchez, O. 2000), de tal manera el artículo de referencia señala desde ese entonces, lo siguiente:

“Artículo 4º. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. (...)

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso

a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016).³⁰

También, el artículo 2º de la Ley General de Salud, cuyo objeto es regular el programa en la materia, en aras de proporcionar servicios de calidad a la población, establece como finalidades del derecho a la protección de la salud el *bienestar físico y mental*³¹ del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, así como el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, entre otros.

Asimismo, en la legislación se definen los servicios de salud como las “acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad” (Ley General de Salud, 2016:14).³²

Cabe señalar que algunas disposiciones de la Ley General de Salud y otra normatividad relativa a salud mental fueron reformadas recientemente³³ buscando ampliar la protección de los enfermos; asimismo, la prevención y atención a la salud mental ha sido reconocida como un tema prioritario para el Estado, así lo ha corroborado el gobierno Federal en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, mediante el cual se formulan las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND, 2013).

³⁰ Resaltado por la autora.

³¹ De conformidad con la fracción VI del artículo 3º. de la Ley General de Salud (2016), la salud mental es materia de salubridad general. Asimismo, el diverso 74 dispone: “La atención de los trastornos mentales y del comportamiento comprende: I. La atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento, la evaluación diagnóstica integral y tratamientos integrales, y la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas; II. La organización, operación y supervisión de establecimientos dedicados al estudio, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y del comportamiento, y III. La reintegración de la persona con trastornos mentales y del comportamiento a su familia y comunidad, mediante la creación de programas sociales y asistenciales como residencias y talleres protegidos, en coordinación con otros sectores, para la debida atención de estos pacientes” (Ley General de Salud, 2016:24).

³² Entender la salud en México no es tarea fácil, pues existen varias autoridades sanitarias facultadas de observar y garantizar su cumplimiento; también existen diversos reglamentos (dependiendo de las materias que prevé) y como sucede en los despachos del poder Ejecutivo –y en general en todas las instancias gubernamentales– la Secretaría de Salud (autoridad sanitaria por excelencia) opera a través de direcciones, institutos y órganos que a su vez tienen leyes orgánicas, manuales y reglamentos respectivos, en fin, es una estructura verdaderamente compleja, que dificulta determinar las facultades, competencias y obligaciones de cada autoridad así como los requisitos y formas a través de los cuales pueden las personas acceder a esos servicios.

³³ Reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, el 20 de abril de 2015. Para más información, revisar la Sesión 13 de la Cámara de Diputados de 12 de marzo de 2015 (LXII Legislatura, Cámara de Diputados, 2015).

Con relación al Programa Sectorial de Salud vigente, es propicio señalar que la estrategia 4.6 consiste en “[f]ortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante” (Programa Sectorial de Salud, 2013)³⁴ por ende, es evidente que el gobierno federal actual reconoce la obligación de proteger y garantizar el acceso a la salud mental a la población de interés.

Tomando en cuenta lo anterior, es evidente que en reiterados momentos y preceptos legales se reconoce expresamente la obligación de proteger y promover la salud de los individuos y la sociedad, y que a la luz del artículo 1º Constitucional, que prohíbe la discriminación motivada por origen étnico o nacional o cualquier otra, se concluye que dicho derecho se deberá garantizar también para los migrantes irregulares y las personas sujetas de protección internacional en México, lo cual, como ya mencionamos, se corrobora categóricamente en el documento guiador de la política pública en salud del sexenio en curso.

Si bien es cierto, existe una clara ineficacia por parte los órganos del Estado mexicano al hacer frente a las patologías y enfermedades mentales de los connacionales, también lo es que no existe justificación *de iure* o *de facto* para ello, pues de conformidad con el Derecho internacional y nacional, México está obligado a garantizar, respetar y cumplir el acceso a la salud mental, independientemente de las absurdamente burocráticas estructuras de gobierno y sus políticas públicas sin sentido. De igual manera, esa obligación la tiene para con los extranjeros que se encuentran en México, sin importar su situación migratoria y la obligación es inclusive mayor respecto de las personas migrantes y sujetas de protección internacional que están en estado de vulnerabilidad.

Antes de concluir, considero importante subrayar que contrario a la creencia de que los derechos hu-

manos son utópicos y tienen poco –si es que algún– impacto en los gobiernos y sus decisiones, como se ha intentado exponer ahora el Estado mexicano ha modificado estrategias y realizado otras por presión y tendencia; es decir, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos ha transformado el Derecho interno de muchos países y México no es la excepción.

Por su parte, se ha aclarado que las personas migrantes y sujetas de protección internacional –independientemente de su condición migratoria– que se encuentran en territorio mexicano y al igual que cualquier otra, tienen derecho a acceder a los servicios de salud mental de calidad, mismos que deberán de estar disponibles, aceptables y accesibles y, en caso contrario, se podrán iniciar cuantos procedimientos contenciosos haya necesidad para que se resarza a la persona cuyos derechos fueron violados.

No quisiera pasar por alto que si bien nuestra legislación es, en algunos casos progresiva, y aparentemente promueve el respeto a los derechos humanos, en la práctica se vuelve fútil ante un Gobierno que la desconoce y que carece de políticas públicas claras, estratégicas y promotoras del desarrollo social y económico. Así pese que como se ha expuesto ya, el acceso y respeto a la salud mental de la población de interés está expresamente prevista en el marco normativo, todos los días encuentro programas de asistencia diseñados y operados de manera que las personas siempre serán dependientes económicos, agravando las problemáticas existentes al ser sometidos a vivir en incertidumbre respecto de qué pasará con sus vidas y con su futuro³⁵ restándoles poder para hacer valer sus derechos. Por tanto, es necesario que a través de nuestras trincheras modifiquemos el paradigma del tratamiento que se da a la salud mental en nuestro país.

³⁴ Las líneas de acción de esa estrategia son: “4.6.1. Ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como en el extranjero. 4.6.2. Ofrecer asistencia y protección a la población infantil y adolescente migrante y repatriada no acompañada. 4.6.3. Apoyar en las labores de repatriación de connacionales enfermos graves. 4.6.4. Ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los Consulados, primordialmente en Estados Unidos de América. 4.6.5. Ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los Consulados móviles, primordialmente en Estados Unidos de América. 4.6.6. Proporcionar consejería, detección oportuna, referencia a servicios de salud y orientación sobre aseguramiento en Estados Unidos de América. 4.6.7. Promocionar la afiliación a un esquema de aseguramiento público en salud en México a migrantes mexicanos y sus familias. 4.6.8. Fortalecer las Semanas Binacionales de Salud” (Programa Sectorial de Salud, 2013) Se señala que la mayoría de las líneas refieren a migrantes mexicanos en el extranjero.

³⁵ En el caso de los solicitantes de asilo, la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y organizaciones de la sociedad civil diseñan programas para garantizar su vivienda y alimento en lo que dura el procedimiento de reconocimiento de la condición de refugiado. El sistema está diseñado de manera que las personas tienen que acudir de dos a tres días a la semana a firmar ante autoridades de la Secretaría de Gobernación, lo que les impide obtener un trabajo formal o algún medio de subsistir. En caso de enfermedad, deben solicitar a la Comisión referida los auxilios para acudir al sector salud. En caso de necesidades legales, las organizaciones las brindan de manera incondicional y gratuita, en fin, estamos haciendo de los refugiados los ciudadanos (en potencia) más dependientes del país, lejos de brindar una protección y atención integral y sana y mucho más lejos de beneficiarnos de las experiencias y capacidad individuales y del talento extranjero.

Referencias

- Abramovich, V. y Curtis C. (2004) *Los derechos sociales como derechos exigibles*, 2ª ed, Madrid_ Trotta.
- Alegre, S., Hernández, X. y Roger, C. (2014) Cuaderno 05. *Justicia-bilidad y exigibilidad política de los derechos sociales, económicos y culturales El caso de los Derechos del Niño*. Buenos Aires: UNICEF-Fundación ARCOR.
- Bobbio, N. (1995) *Derecha e Izquierda*. Madrid: Santillana, S.A. Taurus.
- Carbonell, J. y Carbonell, M. (2013) *El derecho a la salud: una propuesta para México*. México: UNAM.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos [CoIDH] (2006) *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006*. Recuperado el 27 de Julio de 2016 de: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos [CoIDH] (2009) *Caso Radilla Pacheco vs. Estados Unidos Mexicanos. Sentencia de 23 de noviembre de 2009 (Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*. Recuperado el 27 de julio de 2016 de: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_209_esp.pdf
- Escribano, P. (1976) *El derecho a la salud*. Cuadernos del Instituto García Oviedo. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Ferrer, E. (2013) *Voto concurrente del juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot a la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Suárez Peralta vs. Ecuador, de 21 de mayo de 2013*. Recuperado el 7 de junio de 2016 de: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/votos/vsc_ferrer_261_esp.doc
- Fuentes, C. I. (2006) Protegiendo el derecho a la salud en el sistema interamericano de derechos humanos: estudio comparativo sobre su justiciabilidad desde un punto de vista sustantivo y procesal. *American University International Law Review*, 22 (1), 7-33.
- LXII Legislatura, Cámara de Diputados (2015) *Resumen de la Sesión No. 13 de la Cámara de Diputados (12 de marzo de 2015)*. Recuperado el 25 de noviembre de 2015 de: http://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/LXII_LEG/2_POS_IIIANO/12_MAR_15/Resumen.pdf
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OACNUDH] (S/F) *¿Qué son los derechos humanos?* Recuperado el 25 de julio de 2016 de: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OACNUDH] (2004) *Discriminación contra los no ciudadanos. 05/10/04 CERD Recomendación general N° 30 (General Comments) 65 periodo de sesiones, 2004*. Recuperado el 21 de julio de 2016 de: <http://www.cc.gob.gt/ddhh2/docs/Organos/Racial/Generales/OGCERD30.pdf>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OACNUDH] (2008) *El Derecho a la Salud*. En: *El derecho a la salud*. Folleto informativo No. 31. Ginebra: OACNUDH. Recuperado el 21 de julio de 2016 de: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (s/f) *Migración y Salud, Sección 2.7*. En: *Fundamentos de gestión de la migración*. Volumen 2: Desarrollo de Políticas sobre Migración. Recuperado el 27 de julio de 2016 de: http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1946) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 29 de junio de 2016 de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1990) *Declaración de Caracas*. Recuperado el 25 de junio de 2016 de: https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001) *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003) *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. Ginebra: Editores Médicos S.A
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005) *Principios de Brasilia: principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental de las Américas*. Recuperado el 25 de junio de 2016 de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (s/f) *Historia de la redacción de la Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperada el 29 de julio de 2016 de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1948) *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperada el 29 de junio de 2016 de: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1966) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado el 27 de julio de 2016 de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1990) *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*. Recuperado el 27 de julio de 2016 de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1994) *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Recuperado el 25 de junio de 2016 de: <http://www.un.org/spanish/disabilities/standardrules.pdf>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2000) *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments)* Recuperado el 29 de junio de 2016 de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2003) *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.* Recuperado el 27 de julio de 2016 de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/109/82/PDF/G0310982.pdf?OpenElement>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2007) *Declaración de Madrid.* Recuperado el 25 de junio de 2016 de: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=628>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2008) *Informe del Grupo de trabajo de composición abierta sobre un protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre su quinto periodo de sesiones. (Ginebra, 4 a 8 de febrero y 31 de marzo a 4 de abril de 2008).* Recuperado el 20 de junio de 2016 de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G08/132/87/PDF/G0813287.pdf?OpenElement>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2015) *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Dainius Pūras.* Recuperado el 27 de julio de 2016 de: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2016) *United Nations Treaty Collection.* Recuperado el 27 de marzo de 2016 de <https://treaties.un.org>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (1993) *Segunda Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993. Informe del Director General.* Recuperado el 26 de junio de 2016 de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0009/000954/095414so.pdf>

Organización de los Estados Americanos [OEA] (1988) *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".* Recuperado el 25 de julio de 2016 de: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

Organización de los Estados Americanos [OEA] (1991) *Principios para la protección de las personas con enfermedades mentales y para la mejora de los servicios de salud mental.* Recuperado el 25 de junio de 2016 de: <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.html>

Organización de los Estados Americanos [OEA] (2008) *Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas.* Recuperado el 25 de Junio de 2016 de: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>

Riquelme, R (2014) El protocolo facultativo del Pacto Internacional

de Derechos Económicos, Sociales y Culturales entra en vigor. Centro neurálgico para la judicialización de ésta gama de derechos. *Rivista Ordini internazionali e diritti umani*, (1), 1-39.

Sánchez, O (2000) *Participación de la ministra Olga Sánchez Cordero de García Villegas, en el simposio internacional "Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente", México, D.F., 9 de octubre de 2000. El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México.* Recuperado el 26 de julio de 2016 de: <https://www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf>

Sin Fronteras IAP (2013) *"Ser migrante no me hace delincuente": Situación de las personas en detención en las estaciones migratorias de Iztapalapa, Distrito Federal y Tenosique y Villahermosa, Tabasco 2011-2012.* México: Sin Fronteras IAP.

Sin Fronteras IAP (2014) *La Ruta del encierro: Situación de las personas en detención en estaciones migratorias y estancias provisionales. Iztapalapa, Distrito Federal, Oaxaca de Juárez, San Pedro Tepantepec, Oax., La Ventosa, Oax., Salina Cruz, Oax., 2013.* México: Sin Fronteras.

Ventura, M. E. (2014) Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. *Revista IIDH*, 40, 87-130.

Leyes y documentos gubernamentales

Gobierno de la Republica (2013) *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.* Recuperado el 25 de julio de 2016 de: <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>

Gobierno de la Republica (2013) *Programa Sectorial de Salud 2013-2018.* Recuperado el 27 de Julio de 2015 de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/20

Poder Legislativo de los Estados Unidos Mexicanos (2016) *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.* Recuperado el 27 de julio de 2016 de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.html>

Poder Legislativo de los Estados Unidos Mexicanos (2016) *Ley General de Salud.* Recuperado el 24 de julio de 2016 de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf

Secretaría de Salud (2012) *Manual de organización general de la Secretaría de Salud.* Recuperado el 25 de julio de 2016 de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n236.pdf>

Secretaría de Salud-, CONADIC (2012) *Manual de procedimientos del Comisionado contra las Adicciones, CONADIC-Secretaría de Salud.,* http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/UNIDAD_DE_ENLACE_POT/Politica_de_Transparencia/Temas_TransparenciaFocalizada/MP/CONADIC.pdf

¿Cómo intervenir?: el paradigma del trabajo de Sin Fronteras para el acompañamiento psicosocial de la integración de personas migrantes y sujetas de protección internacional en México

Alejandro de la Peña Rodríguez³⁶

Carolina Carreño Nigenda³⁷

Valeria Scalisse³⁸

Joselin Barja Coria³⁹

Introducción

¿Cómo intervenir en beneficio del bienestar emocional/mental de las personas Migrantes y Sujetas de Protección Internacional (MySPI)? Esto nos hemos cuestionado como psicólogas desde hace muchos años, ante situaciones inesperadas o fracasos en nuestra intervención. Si cambiamos el término emocional/mental por económico, legal, social– o el que se prefiera– es una pregunta simple que todos nos deberíamos plantear y cuya respuesta no debemos dar por sentada.

En este documento pretendemos presentar de forma sucinta nuestra respuesta –siempre provisional y situada– a tal cuestionamiento. Para ello, expondremos las guías conceptuales y de trabajo que orientan nuestra labor como psicólogos en la atención con personas MySPI, en sus procesos de integración o defensa de sus derechos humanos en la Ciudad de México (CDMX). Nuestra práctica nos ha llevado a reconocer que el impacto en el bienestar emocional de las personas –que sería el supuesto objetivo principal de un profesional de nuestra disciplina– implica considerar la complejidad y multidimensionalidad del ser humano, ante lo cual las visiones unidisciplinarias y de rígidos límites conceptuales resultan insuficientes.

La visión que aquí se presenta es producto de veinte años de trabajo directo de Sin Fronteras IAP con las personas MySPI que llegan a México a hacer su vida, y de un esfuerzo, de poco más de ocho años del área de Acompañamiento Psicosocial y la Coordinación de Atención y Servicios (CAS) de la organización, por

sistematizar, fundamentar y formalizar este conocimiento. Presentamos una propuesta que sostiene una visión integral de salud mental, centrada en la persona y de carácter multidisciplinario, construida sobre la apropiación específica que hacemos de estas ideas, de la perspectiva psicosocial y la manera particular en que la traducimos en un método de intervención con la población que atendemos.

En primer lugar, exponemos las nociones conceptuales ajenas con las que dialogamos y que tomamos prestadas para realizar nuestra labor. El segundo apartado muestra cómo lo anterior desemboca en nuestro paradigma de trabajo, que condensa la manera en que entendemos el fenómeno migratorio y la integración. Finalmente, en el tercer apartado, el lector encontrará de qué manera esto se traduce en el Modelo de Atención Integral, que es el método de trabajo que Sin Fronteras ha construido para intervenir sobre las condiciones de las personas MySPI en su bienestar y el acceso a sus derechos.

1. Integración, vida emocional y salud mental

Tradicionalmente, pensamos la labor del psicólogo referenciada a la incidencia sobre la salud mental de los individuos, entendiendo esta última como sinónimo de bienestar emocional y considerando que esto se logra por medio de la psicoterapia en el consultorio. Sin demeritar el valor de esta práctica, en nuestra experiencia encontramos que no es el camino único y que la salud mental es un bienestar más amplio que lo afectivo. Por ello es que en este apartado iniciaremos exponiendo cuál es nuestra concepción de inte-

³⁶ Subcoordinador del área de Acompañamiento Psicosocial de Sin Fronteras IAP. Profesor de asignatura en materias de violencia, cultura y ciencias sociales en la Facultad de Estudios Superiores Acatlán de la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestro en Estudios políticos y sociales por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México y psicólogo social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

³⁷ Coordinadora de la Coordinación de Atención y Servicios de Sin Fronteras IAP. Psicóloga por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Consultora especialista en acompañamiento psicosocial en procesos legales de víctimas de violaciones de derechos humanos.

³⁸ Psicóloga del área de Acompañamiento Psicosocial de Sin Fronteras IAP. Licenciada en Psicología por la Universidad Iberoamericana-Ciudad de México.

³⁹ Psicóloga especialista en temas psicosociales relacionados con violaciones a derechos humanos y en acompañamiento psicosocial a víctimas. Maestra en Ciencias Antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. Psicóloga por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

gración –el proceso social sobre el que intervenimos– para, a la par, exponer la forma en la que pensamos se relaciona el bienestar emocional y general de la vida.

El establecimiento de las condiciones de vida en un nuevo país es uno de los procesos inherentes la movilidad humana actual y, en alguna medida, casi todas las personas MySPI deben pasar por él. Resulta un proceso complejo, afectado tanto por la voluntad de los sujetos como por una serie de factores internos y externos a ellos. En él, cobran importancia las acciones, omisiones y disposiciones del individuo, sus seres cercanos, su sociedad de origen y la sociedad de recepción, por mencionar a algunos de los actores involucrados.

En el área de Acompañamiento Psicosocial de Sin Fronteras usamos el término integración para referirnos al proceso a través del cual las personas MySPI establecen sus condiciones básicas de vida en el lugar al que arriban, del que participan a través del acceso a sus derechos y la construcción de las condiciones de bienestar que, suponemos, de éstos se derivan. Hablamos de que las personas tengan nominalmente protegidos sus derechos a la alimentación, vivienda, salud, educación o empleo, por mencionar algunos, y encuentren las condiciones para concretarlos de forma efectiva, de lo que consideramos consecuencia lógica la garantía de un nivel de vida donde las necesidades básicas estén cubiertas.⁴⁰

Al definir la integración como un proceso, suponemos que el logro de las mencionadas condiciones de vida no están dadas *per se*, sino que se construyen a través del tiempo, de la experiencia de la persona MySPI en el país de acogida. Tal construcción depende en gran medida de su esfuerzo por acceder a sus derechos pero, como explicaremos más adelante, su cristalización está limitada o facilitada tanto por las capacidades del individuo y los apoyos sociales con los que cuenta como por las limitaciones o facilidades que el contexto de recepción le impone (Böröez y Portes, 1989; Portes, 2007; Portes y Rumbaut, 2011).

Siguiendo esta línea, la integración es un proceso multidimensional tanto en sus condicionantes –afectada por factores individuales, sociales y políticos– como en sus campos de concreción. Desde nuestra perspectiva, la integración se refleja en un bienestar que involucra la situación interna –lo físico

y psicológico– y externa –lo social, cultural, político y económico– de las de la personas. A continuación describiremos brevemente estas dimensiones de cristalización del proceso de integración.

1.1 Las dimensiones de la integración

La dimensión física de la integración conlleva, en primer lugar, la dinámica del cuerpo en su transformación con respecto al nuevo entorno y a la experiencia migratoria: hablamos del cuerpo que cambia y reacciona a causa del nuevo clima; la traducción de las tensiones emocionales en el organismo –lo que hace muy frecuente la presencia de dolencias con un alto contenido psicosomático en esta población–; y el aprendizaje de normas “extrañas” de disposición del cuerpo en el espacio público –por ejemplo, en el túmulo del metro de la Ciudad de México –, ya sea por su visibilidad –la exigencia del ocultamiento de la piel para unos, lo que le sucede a veces a provenientes de países caribeños y de la visibilidad de esta para otros (como sucede con la manera en que son observadas las mujeres musulmanas por la población nativa)- o por el contacto con otros cuerpos –al acostumbramiento ante una interacción con un fuerte contenido de contacto físico como sucede en México.

Nuestra concepción de la dimensión psicológica de la integración se sustenta en dos líneas: la afectiva y la cognitiva.

La faceta afectivo-psicológica de la integración se asienta en el hecho de que la actividad humana encuentra su motor en la emoción y en la movilización de afectos (Fromm, 2007), lo que desde nuestra experiencia se traduce en lo que Antonio Izquierdo (2000a; 2000b) ha llamado proyecto migratorio, que interpretamos como la condensación de las emociones en el deseo del logro de una situación de vida determinada en un proyecto específico que, en el supuesto de cada individuo o grupo, se obtendría con la migración.

Esto involucra una dinámica emocional relevante pues en la medida en que ese proyecto se cumple o no, la persona debe lidiar con la frustración o motivación que esto le produce: el manejo que pueda hacer de estas emociones encontradas configura una suerte de estado de “disposición” para enfrentar nuevos retos o truncar el periplo de movilidad.

⁴⁰ Cuando nos referimos al “establecimiento de las condiciones de vida” partimos de una definición normativa (construida por nosotros) de una situación material, física y subjetiva que, en un contexto ideal, representaría que la persona, si tiene pleno acceso a sus derechos, tiene garantizado su bienestar básico.

Un ejemplo de la íntima relación entre la dimensión física y la psicológica-emocional del proceso de integración lo encontramos en lo que Achotegui (2009) ha llamado Síndrome de Ulises: construido sobre y para explicar la experiencia de las personas en movilidad describe un conjunto de síntomas asociados a las situaciones de estrés y tensión características en la vivencia de las personas en migración (Achotegui, 2005; 2009).

Según este autor, en la migración hay múltiples pérdidas que configuran un duelo parcial, recurrente, vinculado a aspectos infantiles arraigados, transgeneracional y que afecta a todos los que rodean al inmigrante (Achotegui, 2009), que se cristaliza en el desarrollo de síntomas depresivos, de ansiedad y que actúan en detrimento del bienestar físico, psicológico y social de la persona. Más que una categoría psicopatológica, el Síndrome de Ulises nos permite visualizar cómo la experiencia migratoria y de integración influye de forma directa la vida interna y, consecuencia de ello, se puede presentar una sintomatología que afecta otras dimensiones de la vida de los sujetos.

Cuadro 1.

Pérdidas en la experiencia migratoria base del duelo origen del Síndrome de Ulises

- Familia y los seres queridos
- Lengua
- Cultura
- Tierra
- Estatus social
- Contacto con el grupo de pertenencia
- Seguridad personal

Fuente: *Elaboración propia* con base en Achotegui, J. (2005; 2009).

Cuadro 2.

Síntomas presentes en el Síndrome de Ulises

- Depresivos
 - Tristeza
 - Llanto
 - Culpa
 - Ideas de muerte
- De ansiedad
 - Nerviosismo
 - Preocupaciones excesivas
 - Irritabilidad
 - Insomnio
- Somáticos
 - Cefalea
 - Fatiga
- De confusión
 - Dificultades de memoria.
 - Atención y desorientación y espacial.

Fuente: *Elaboración propia* con base en Achotegui (2005; 2009).

Cuadro 3.

Estresores presentes en el Síndrome de Ulises

- Solitud
- Separación
- Desconexión con la familia
- Dificultades/fracasos en el proyecto migratorio
- Lucha por la supervivencia o la vivienda
- Temor constante a los riesgos del tránsito
- Posibilidad de la detención/deportación

Fuente: *Elaboración propia* con base en Achotegui (2005; 2009).

Por otra parte, en la dimensión psicológica-cognitiva, la integración es un proceso en que los referentes de percepción y entendimiento se trastocan como consecuencia del cambio de contexto, aunque pueden ser más o menos similares de un país a otro, nunca son idénticos. De ello es que sea necesario un proceso de aprendizaje, asimilación y acomodación de los referentes en el nuevo contexto, cuyo resultado se traduce en la afectación positiva o negativa de la capacidad de acción y entendimiento en el nuevo país. Esto puede observarse en situaciones que van desde el aprendizaje del sentido de ciertas palabras –por ejemplo, entender la palabra *güera* en un mercado como un sobrenombre de uso común y no como una forma de racismo o el sentido del término *nosotros te llamamos* en una entrevista de trabajo–, hasta el complejo uso de fórmulas y acciones de cortesía –como el uso del *por favor*, *gracias* o *con permiso* como modos de respeto cotidiano en México.

En su dimensión social, la integración es un proceso de interacción y acumulación de capital social, que va desde la permanente convivencia y acortamiento de distancias con y desde la otredad –con los nativos que son una otredad para la persona MYSPI y para los que éste es un otro– hasta la gradual construcción de una red social que es fuente de apoyo para el logro de los objetivos personales y familiares.⁴¹

En la faceta cultura, la integración es un proceso identitario pues implica la transformación gradual de la auto adscripción que hace el sujeto de sí mismo y el reconocimiento que los otros hacen de su pertenencia o vínculo con el espacio en el que se integra. Fenomenológicamente, esto se traduce desde una radicalización del origen como elemento determinante de la identidad en un extremo –“Soy y seré siempre haitiano”, por poner una frase de ejemplo, hasta el ocultamiento y olvido de este origen, en el otro extremo.⁴²

Por otra parte, la integración representa un proceso político en tanto es la expresión de la manera en que las personas acceden y ejercen sus derechos en el nuevo contexto de vida, esto involucra desde la existencia de reglamentaciones y vías que garanticen el

acceso a sus derechos, hasta la asunción de los sujetos a sí mismos como sujetos de derecho. Asimismo, es político en términos de participación e involucra la creación de espacios, condiciones y disposición de las personas MYSPI a ser parte de los procesos comunitarios y ciudadanos de su nuevo entorno.

Finalmente, la integración es un proceso económico en tanto en su centro tiene el proceso de inserción laboral a través del cual los sujetos pueden subsistir y participar de la producción del país al que arriban, lo que va desde las situaciones de desempleo hasta la total inserción laboral como empleados o patrones, pasando por la inserción precaria. En todo caso, este proceso involucra no solamente un cambio de la posición socioeconómica del sujeto sino de sus posibilidades de movilizarse entre estratos en la medida en que su capital humano es o no valioso en el entorno de llegada y su capital social útil para ello. Es frecuente que muchos de nuestros usuarios, que en su país de origen tenían un alto estatus socioeconómico y cultural, al no poder revalidar sus estudios y hacer valer sus habilidades, se ven obligados a llevar a cabo labores de trabajo manual o de mantenimiento cuando en su lugar de origen eran ejecutivos, profesores u otras profesiones propias de los estratos medios y altos.

⁴¹ En este último aspecto hacemos referencia a lo que comunmente se llama capital social (Portes, 1998).

⁴² Como se ha estudiado ya, entre territorio e identidad hay una compleja relación (Giménez, 2001).

Figura 4.

Dimensiones del proceso de integración

<i>Dimensión</i>	<i>Expresiones concretas del proceso de cambio/conflicto</i>
Físico	<ul style="list-style-type: none">• Adaptación al clima• Enfermedades psicosomáticas• Manejo y visibilidad del cuerpo
Psicológico-afectivo	<ul style="list-style-type: none">• Proyecto migratorio• Sintomatología• Cuadro clínicos específicos
Psicológico-Cognitivo	<ul style="list-style-type: none">• Aprendizaje del lenguaje y sus referencias• Reglas de interacción
Social	<ul style="list-style-type: none">• Interacción con otros• Construcción de capital social
Cultural	Transformación en la identidad para sí y para los otros
Político	<ul style="list-style-type: none">• Acceso y ejercicio de derechos• Participación en la comunidad
Económico	<ul style="list-style-type: none">• Inserción laboral• Movilidad socioeconómica

Fuente: Elaboración propia

En síntesis, en el área de acompañamiento psicosocial entendemos la integración como un proceso multidimensional –físico, psicológico, social, cultural, político y económico– inherente a la experiencia migratoria. A través de él, las personas MySPI establecen sus condiciones básicas de subsistencia y el acceso a sus derechos en su nuevo contexto de vida. Una de sus principales características es que las vivencias y retos en todas sus facetas parten del trastocamiento que la movilidad provoca en la situación previa del sujeto, por lo que –dependiendo del caso, es de forma más o menos radical– conlleva siempre el cambio, el manejo de sus consecuencias y el logro de ciertas condiciones de estabilidad que garanticen un nivel de bienestar suficiente.

1.2 Los factores de diferencia

La integración no es un camino llano e igual para todas las personas, sino que está afectada por muchos factores que producen que el acceso a derechos y el nivel de bienestar sea desigual de una persona a otra. Estos factores inciden en la manera y los elementos con los que los individuos MySPI enfrentan las transformaciones a las que se ven confrontados, estos elementos son plenamente contextuales, adquiriendo relevancia en función de cada individuo y cada espacio de que se trate. Con base en nuestra experiencia, a continuación exponemos algunos de los factores que consideramos cobran relevancia para los extranjeros residentes en México que atendemos.

En primer lugar, los recursos materiales y, específicamente, financieros son fundamentales para el logro del bienestar básico a través de la integración: su posesión previa permite solventar los gastos inherentes a la experiencia o en tanto se logra la inserción laboral. Asimismo, la posibilidad de contar con recursos en especie brindados por conocidos, organizaciones o acumulados por ellos mismos, resultan fundamentales para cubrir muchas de las necesidades. Acorde a ello, muchas organizaciones brindamos asistencia financiera directa o en especie a las personas MySPI en situación de vulnerabilidad socioeconómica como una forma de revertir los efectos negativos de su posesión.

En el aspecto psicosocial, otro factor que incide es el nivel de ansiedad y tensión al que se ve expuesta la persona en la génesis de su migración, durante su tránsito y en su experiencia en el país de arribo: la movilidad y sus procesos asociados se gestan y

desarrollan en la dialéctica entre necesidad, sobrevivencia y tensión que marca la vida emocional de todos los sujetos (Freud, 2000), concretamente, en caso que estamos exponiendo la tensión se centra en la incertidumbre por asegurar las condiciones básicas de vida, lo que moviliza energía afectiva a través de deseos –de tener un buen ingreso, de reunificarse con los parientes–, frustraciones –no conseguir empleo, ser discriminado, etc.– y afectos –sentirse nostálgico por el país de origen, feliz por encontrarse en el espacio soñado, etc.–, que impactan positiva o negativamente en la situación anímica de quien lo experimenta y su disposición a enfrentar las situaciones futuras.

Por principio, el impacto de esta tensión en la circunstancia individual depende tanto de las cualidades de las experiencias vividas como de la biografía, habilidades, experiencias previas de migración o violencia y el significado que lo vivido cobra para cada sujeto (Benyacar, 2016). Esto es patente en el Síndrome de Ulises, pues aunque la sintomatología que le compone está directamente vinculada con la experiencia migratoria, no significa que inevitablemente todas las personas la desarrollarán. Como lo plantean Grinberg y Grinberg (1984) a través de su concepto de emigrabilidad, el desarrollo de situaciones de afectación psicosocial en los migrantes dependerá de las disposiciones de carácter –asentadas en capacidades individuales y sociales– y las condiciones específicas de cada uno de ellos.

De la mano del manejo de la ansiedad y las tensiones, la presencia o no de condiciones específicas que atrofien o afecten considerablemente las habilidades para responder a la exigencia de reacomodo de recursos, habilidades y referentes que las circunstancias exigen es otro factor de relevancia para solventar asertivamente la experiencia de integración. Hablamos de situaciones físicas, emocionales o sociales que afectan de manera considerable la actuación en condiciones normales, como pueden ser las discapacidades físicas o las perturbaciones emocionales graves.

En nuestra experiencia una de las situaciones que más limitan las capacidades y adaptación de los sujetos es la discapacidad física, especialmente de quienes han sufrido una mutilación o amputación. Se trata de una experiencia que emocionalmente representa una pérdida atroz y difícil de procesar, a lo que se aúnan las dificultades físicas derivadas de la

mutilación y, en el caso de la CDMX, un contexto nada amigable ni accesible a las personas con estas características. En ese panorama encuentran limitada de manera considerable sus capacidades y condiciones para desplegarlas a la hora de conseguir empleo o vivienda, a lo que se suma la necesidad de cuidados médicos especializados, permanentes y costosos. Por ello es que, en pro de su integración, las organizaciones facilitamos a estas personas apoyos específicos que revierten en cierta medida los efectos negativos de su circunstancia.

Otra situación frecuente que afecta negativamente las capacidades de las personas para vivir la experiencia de integración es la violencia grave. Por condición, vivenciarla trastoca de forma profunda la manera de sentir, pensar, percibir y actuar de los sujetos. Por ello, las personas con antecedentes de haber sido víctimas de este tipo de actos –persecuciones, violaciones, tortura, asesinatos, etc.– tienen que lidiar y se ven limitados por sus consecuencias, como la angustia constante, los miedos irracionales, irritabilidad, desgana, tristeza o enojo, por mencionar algunas.

Lo descrito en el párrafo anterior tradicionalmente se ha denominado Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), cuya generalidad se presenta en el cuadro 5. De acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV TR, por sus siglas en inglés) (APA, 2000), el TEPT es una alteración grave de la manera de pensar y sentir de una persona como consecuencia del temor, desesperanza u horror intensos derivados de la vivencia de una situación de muerte, peligro o amenaza a la vida e integridad propia y/o de otros. Lo que les puede llevar a situaciones de culpa, miedo, ira o ansiedad que afectan de forma relevante su funcionalidad en la vida cotidiana.

Figura 5.

Síntomas asociados al TPET*

<i>Categoría de síntomas</i>	<i>Síntomas</i>
Re-experimentación del suceso traumático	Recuerdos recurrentes e intrusivos; sueños recurrentes, vivencia de repetición del suceso (flashback); malestar emocional ante estímulos que se asocian con el suceso traumático o malestar físico ante dichos estímulos.
Síntomas de hiper-activación	Dificultades para dormir y para concentrarse, irritabilidad, respuesta exagerada de sobresalto e hipervigilancia.
Evitación	Pensamientos, sentimientos o conversaciones, personas, lugares o actividades vinculadas con el suceso traumático; incapacidad para recordar partes importantes del suceso; desinterés por actividades significativas; desapego a los demás; restricción de la gama de afectos; sensación de futuro con poca perspectiva

Fuente: Elaboración propia con base en APA (2000)

* De acuerdo al DSM IV-TR (APA, 2000), los criterios clínicos para el diagnóstico de TEPT son: 1. Que la persona haya estado expuesta a un suceso amenazante a su integridad y ha reaccionado a el en forma de temor, horror o desesperanza intensos. 2. Se presentan un síntomas/alteraciones de las tres categorías sintetizadas en la "Figura 5". 3. Estos síntomas/alteraciones se presentan durante más de un mes. 4. Sus consecuencias afectan áreas importantes de la vida del individuo.

Más allá de su importancia clínica, lo expresado en el TEPT muestra que ciertas vivencias tienen un impacto profundo en la vida afectiva y, a su vez, pueden provocar afectaciones que alteran gravemente la funcionalidad del individuo en su cotidianidad.

Sin embargo, es importante aclarar que si bien todos estos elementos resultan sumamente limitantes de la capacidad de acción del sujeto, no son consecuencia exclusiva de los MYSPI, sino que aparecen en aquellas personas que han sufrido situaciones de gran tensión emocional. Por ello es muy importante identificar los antecedentes de violencia que han vivido quienes atendemos, pues son proclives a presentar tal sintomatología y es necesario desarrollar estrategias de trabajo sensibles a su situación.

En otra faceta de la vida psicológica, las capacidades intelectuales y el nivel sociocultural afectan las condiciones en que se da este proceso. La capacidad para entender, acomodar y apropiarse de los referentes de percepción e interpretación del nuevo contexto facilita o limita la integración y el funcionamiento de los sujetos en el nuevo contexto (Kozulin, 2000). Por ello para nosotros es muy importante que en el acompañamiento, la labor de los colaboradores se oriente a una suerte de traducción de estas pautas de entendimiento y percepción a través de la explicación de las cosas que cotidianamente parecen obvias: costumbres, las reglas de cortesía, las prácticas culturales, etcétera.

En una dimensión social, la posesión o capacidad para construir vínculos puede facilitar o limitar la integración: se trata de lo que en ciencias sociales se nombra capital social, es decir, la capacidad de los vínculos para brindar recursos que facilitan la acción (Bourdieu, 1986; Portes, 1998). En nuestra práctica hemos observado que las personas con una red social de amigos o familiares en la CDMX tienen condiciones más propicias para lograr su bienestar básico que quienes no la tienen. Con relación a ello, los acompañantes de la integración encontramos como una estrategia la creación de espacios de convivencia entre los MySPI, entre sí o con la población nativa.

Otro factor es el dominio del idioma del país de arribo, pues es lo que permite la comunicación e interacción fluida en la vida cotidiana. Combinado con lo mencionado en párrafos anteriores, la posesión de un nivel funcional de la lengua facilita la entrada

a ciertos espacios o relaciones que coadyuvan en la construcción del nivel mínimo de bienestar. Ante ello en Sin Fronteras creamos y operamos un programa de clases de español especializado en población MySPI en situación de vulnerabilidad.

Por otra parte, el contar con una condición de estancia regular afecta la integración de forma muy particular: en cuanto a la CDMX, por un lado, en muchos casos no afecta las posibilidades de establecer ciertas condiciones de vida básicas, pero limita el desarrollo de éstas al hacer casi imposible el acceso a un trabajo formal, la obtención de un espacio de vivienda en condiciones estables o tener una cuenta de banco, por mencionar algunas situaciones. Aunque no limita de forma radical la acción de las personas MySPI, la situación descrita muestra que el acceso a derechos no es pleno. Ante ello, las organizaciones que acompañamos a esta población les asesoramos en temas relativos a la obtención de un documento migratorio y buscamos que el gobierno haga programas especiales de regularización para personas ya asentadas, por mencionar un par de ejemplos.

Finalmente, todas estas facilidades, capacidades o características de orden individual se ven siempre confrontadas con el contexto en que se ponen en juego: como ya ha sido descrito por Böröez y Portes (1989), las condiciones políticas, sociales y de los lazos de etnicidad en el país de arribo pueden limitar o facilitar la integración de ciertos perfiles o grupos. En el caso de México, como ya se ha expuesto en otros espacios (De la Peña, 2015; González et. Al, 2013), hay un sesgo negativo hacia poblaciones no europeas y poco calificadas laboralmente, por lo que las organizaciones debemos hacer, con quienes caen en este supuesto, un acompañamiento estrecho en materia de inserción laboral, residencial y de acceso a servicios.

Como vemos en la integración se da una complicada dinámica entre las características individuales de orden físico, psicológico, social y/o cultural y el contexto de arribo, resultando en limitaciones o facilidades para que las personas MySPI logren sus condiciones de bienestar. Ante ello, las organizaciones intentamos crear herramientas que contrarresten los efectos negativos del contexto y de la ausencia o presencia de ciertas características.

2. La perspectiva de acompañamiento psicosocial de Sin Fronteras IAP

2.1. Las bases de la perspectiva: salud mental y perspectiva psicosocial

Entonces, ¿cómo enfrentar el acompañamiento a este proceso?, ¿la vida anímica camina de forma independiente o cómo se relacionan? A continuación presentamos algunos conceptos que nos permiten dar respuesta a tales preguntas.

Ante el panorama descrito en el apartado anterior y la necesidad de prestar a la población MYSPI herramientas para su integración, en Sin Fronteras desarrollamos una visión que nos permite, con base en el reconocimiento de esta realidad, intervenir de forma efectiva sin perdernos en su complejidad.

Para lograrlo, hemos retomando tres perspectivas de trabajo no específicas para la integración ni la migración, pero compatibles entre sí y con el acompañamiento a este proceso: la noción de salud mental, un posicionamiento crítico hacia la idea tradicional de víctima y un especial apego a la perspectiva psicosocial como método de trabajo del psicólogo y otros profesionales.

2.1.1 Salud mental

Las personas MySPI son seres humanos: entes vivos con múltiples necesidades, independientemente de su situación migratoria, país de residencia o situación social específica. Por ello, cualquier intervención que pretendamos hacer debe partir del reconocimiento de la multidimensionalidad de sus necesidades y la inherente integralidad que deberá guiar a este esfuerzo.

Desde nuestra perspectiva, el razonamiento ontológico de partida en nuestra labor es que todos los humanos –y por consecuencia los inmigrantes– somos seres biopsicosociales: nuestra existencia está afectada, en primer lugar, por los procesos biológicos a los que por naturaleza estamos sujetos; en segundo, está influida por la vida psíquica, principalmente conformada por elementos cognitivos y emocionales; y en tercer lugar, está impactada por las situaciones sociales que nos envuelven, limitan y determinan, como son las políticas, de interacción social y económicas que nos rodean.

Poniendo en el centro a las personas MySPI y su condición biopsicosocial, evitamos el reduccionismo psicologista que considera que la existencia de los seres humanos está predominantemente determinada por

la vida emocional y cognitiva, sin considerar la influencia e interrelación de ésta con factores biológicos y sociales que nos influyen: necesidades de subsistencia, la salud física, las dinámicas de la vida familiar o la participación en la sociedad, entre otros elementos.

Al evitar este reduccionismo psicologista, nos posicionamos en el reconocimiento de la interrelación y determinación mutua entre las diferentes facetas de la existencia humana: el tener sustento y la calidad de este influye en nuestra salud física; la aceptación o el rechazo de nuestra participación en la sociedad puede impactar positiva o negativamente en la situación emocional; o el estado de ciertos elementos de nuestro cerebro puede impactar en la capacidad cognitiva y con ello nuestras condiciones de acción en la escuela, el trabajo, la familia y la sociedad en general, por mencionar algunos ejemplos. Por lo tanto, la integración como proceso complejo y vivido por seres humanos, encara una dinámica entre las diferentes dimensiones y su incidencia mutua: el bienestar emocional afecta y es afectado por el resto de las facetas de la vida del sujeto, principio que se aplica a todas las dimensiones mencionadas.

Ahora la pregunta es: cuando trabajamos con personas MySPI ¿Cómo logramos una praxis que haga justicia a este supuesto?

La realidad que hemos encontrado, como psicólogos, durante nuestro trabajo de veinte años con la población MySPI en la Ciudad de México nos ha obligado a reconocer que el consultorio es insuficiente y a veces impracticable en nuestro ámbito, pues las personas con las que trabajamos tienen necesidades económicas y sociales tan acuciantes que la atención psicológica tradicional pasa a un segundo plano. También –por cuestiones culturales e idiosincráticas– no necesariamente ven con buenos ojos el participar de algún tipo de proceso psicoterapéutico.

Por ello es que nos ha resultado adecuado apegarnos al concepto de salud mental propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946), lo que significa que “La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”(OMS, 2013).

¿Cuáles son las implicaciones conceptuales y metodológicas de apropiarnos de esta definición?

En términos de conceptuales reconocemos que la vida está llena de situaciones de estrés y tensión que debemos enfrentar, en ellas nuestras condiciones físicas, emocionales y sociales se afectan y determinan la manera en que podemos resolverlas y su efecto positivo o negativo en nuestro bienestar general. Con esto el trabajo de cualquier profesional que acompañe la integración de personas MySPI debe leer los síntomas derivados de alguna condición emocional o cognitiva en la interrelación de todas las esferas de la vida con respecto a la capacidad de acción, el ejercicio de los derechos y las condiciones básicas de vida de la persona.

En este sentido, también estamos reconociendo que las tres dimensiones que atribuimos a la existencia humana –biológica, psicológica y social– no corren por caminos distintos sino que se afectan mutuamente: por ejemplo, las enfermedades con un alto contenido psicosomático interrelacionan lo físico y lo mental, las afecciones psicológicas derivadas de las tensiones de la situación socioeconómica de la familia entrelazan el estado psicológico con la situación social o las consecuencias físicas y psíquicas derivadas de la persecución política vinculan las tres dimensiones. Así, nuestra intervención no puede primar ninguna de las tres facetas, sino intervenir con la intención de incidir en todas.

Una consecuencia práctica de lo anterior es que nuestro quehacer se estructura en la integralidad, los síntomas derivados del estado psicológico de la persona MYSPI son indicadores de una situación amplia ante la que buscamos facilitar condiciones para que puedan (re)habilitar aquellos recursos a su disposición para acceder a una situación de desarrollo en todas las dimensiones de su vida –física, emocional y social–, lo cual se lograría con un trabajo desde múltiples aristas, que puede incluir asistencia y acompañamiento médico, psicológico, económico, social, legal y/o cultural.

Así, la labor sobre la salud mental no recae solamente en el psicólogo ni se reduce a la atención psicoterapéutica: el trabajo de cualquier profesional que acompaña la integración de los sujetos MYSPI –abogados, psicólogos, trabajadores sociales, etc.– incide en la salud mental de los individuos. Específicamen-

te, los psicólogos tendríamos como función incidir activamente en la resolución de tensiones o situaciones de la persona en todas las facetas de su vida.

De lo anterior se deriva nuestra firmeza en pensar que los psicólogos que trabajamos con población MYSPI tenemos que visualizar a la personas en movilidad más allá de su condición de migrante –que es una condición social– o de la expresión sintomática de su situación emocional. Aunque nuestra intervención parta y se centre en mejorar el bienestar emocional, nos vemos llamados a reconocer que ese bienestar se logra desde la integralidad, en la interdependencia de las diferentes dimensiones de la vida y, por tanto, con una visión de trabajo inevitablemente multidisciplinar.

2.1.2 Víctimas

En nuestra labor reconocemos que actualmente la movilidad humana, especialmente la experiencia de las personas con las que trabajamos, se basa en un sistema social y económico que violenta a los seres humanos (Dufor, 2009) y los empuja a buscar nuevos espacios de residencia ante los despojos de sus medios de vida (Sassen, 2007). Por ello es que reconocemos que, inevitablemente, las personas MySPI son víctimas, entendiéndolo por ello a:

(...) las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder. (...) Podrá considerarse “víctima” a una persona (...) independientemente de que se identifique, aprehenda, enjuicie o condene al perpetrador e independientemente de la relación familiar entre el perpetrador y la víctima. En la expresión “víctima” se incluye además, en su caso, a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

(ONU, 1985).

La consecuencia principal de apegarnos a esta definición reside en observar que, al posicionar el origen de la experiencia migratoria sobre situaciones de despojo y violencia que vejan los derechos de las personas MySPI, merman sus condiciones y/o capacidades para acceder y ver garantizados sus derechos básicos, las consideramos víctimas, lo que nos manda un deber ético por exigir y coadyuvar en la reparación de los daños que han vivido.

Sin embargo, en contracorriente con muchas concepciones sobre lo que es una víctima, somos claros en que las personas han sufrido vejaciones pero no son objetos pasivos de las circunstancias, lidian con los daños derivados de ellas pero intervienen activamente en la (re)habilitación de sus condiciones y capacidades para acceder a sus derechos.

De lo anterior que consideremos que las personas MySPI que atendemos –con independencia de las situaciones específicas que experimentaron– provienen de un contexto que les violenta, despoja y les convierte en víctimas, por lo que estamos impelidos a colaborar con ellos en su integración como un medio para (re)habilitar las condiciones contextuales y/o sus capacidades individuales para que accedan a sus derechos, vean reparados los daños sufridos y, como consecuencia, mejoren sus condiciones de bienestar. Por ello es que en nuestra visión, sus proyectos de vida son el centro y nuestro apoyo – en la medida de las posibilidades– gira en torno a ello.

2.1.3 Perspectiva psicosocial

El enfoque psicosocial es una perspectiva de trabajo surgida de la labor de los psicólogos con las víctimas de la represión política en diversos países de Latinoamérica, en donde el acceso a la justicia y a la reparación se ve –la mayoría de las veces– gravemente limitado, las consecuencias de la violencia resultan atroces y la organización colectiva o el uso de recursos comunitarios de la sociedad civil han resultado una herramienta útil para revertir estas situaciones (Castaño, Jaramillo y Summerfield, 1998).

Esta visión ubica la labor del especialista en Salud mental como un acompañante que facilita el proceso para que las personas que han sido víctimas de violaciones a derechos humanos encuentren medios para (re)habilitar sus condiciones y herramientas para acceder y exigir sus derechos, con lo que se pretendería solventar los daños de la vejación previa de sus derechos y crear condiciones para que no vuelva

a suceder (Castaño, Jaramillo y Summerfield, 1998; Figueroa y Martínez, 2009).

A causa de su génesis histórica y principios de trabajo, la perspectiva psicosocial se construye sobre una visión de derechos: la labor con las víctimas reconoce en los derechos humanos el referente ético y político fundamental. Por ello su objetivo debe ser siempre el respeto de estos derechos y, a la par, el fortalecimiento de la situación específica de la persona en favor de las condiciones de acceso a ellos, por lo que –debido a la multiplicidad de derechos– una visión meramente psicológica es insuficiente y exige un trabajo multidisciplinario y especializado (Castaño, Jaramillo y Summerfield, 1998).

Dada la compatibilidad de esta visión con nuestro contexto de trabajo, en Sin Fronteras, el acompañamiento desde una perspectiva psicosocial es el método de intervención por excelencia en los procesos de integración de las personas MySPI. A ello se aúna que las características de este enfoque resultan compatibles con las nociones de víctima y salud mental: su enfoque de derechos y centrado en la persona permite una intervención particular, multidimensional y que busca la (re)habilitación de las capacidades.

La perspectiva psicosocial permite articular el trabajo de diversos campos de conocimiento que pueden incidir de forma integral y coordinada desde su campo de especialización en las consecuencias de las violaciones a los derechos humanos y, con ello, no crear nuevas victimizaciones, avanzar en el sentido de la reparación de los daños y la rehabilitación de las capacidades y condiciones de acceso a derechos. Por esta razón en Sin Fronteras promovemos la intervención de abogados, trabajadores sociales y psicólogos, sin que esto resulte limitativo o contradictorio con cada visión disciplinaria y nos permite observar aspectos de la situación de la persona que no veríamos aisladamente y, a la vez, realizar planes de trabajo coordinados.

En términos prácticos, el enfoque de acompañamiento psicosocial parte del reconocimiento de la naturaleza multidimensional (bio-psico-social) de la vida de los seres humanos y propone una serie de principios de intervención que reafirman el respeto por la dignidad de las personas, su papel activo en los procesos de defensa y promoción de sus derechos, la evitación de nuevas formas de daño consecuencia del esfuerzo por apoyarlos y tienen una generalidad suficiente para ser apropiados por cualquier profesional. En el cuadro 6 se resumen los principios propuestos por Beristain (2012).

Figura 6.

Principios prácticos de la perspectiva psicosocial propuestos por Beristain

- Visualizar al sujeto dentro del contexto amplio
- No abrir procesos que no se seguirán
- Construcción de confianza
- Manejo de la información y de expectativas
- No estigmatización
- Ética y no re victimización
- Cuidar seguridad
- Respeto a procesos y decisiones individuales
- Atención en crisis

Fuente: *Elaboración propia con base en Beristain (2012).*

3. El paradigma de trabajo de Sin Fronteras

Los elementos expuestos y veinte años de experiencia en la facilitación de procesos de integración de personas MYPI nos han permitido construir una suerte de paradigma de trabajo del área de Acompañamiento Psicosocial de Sin Fronteras IAP que ha desembocado en un método de intervención específico.

Cuando hablamos de un paradigma queremos decir que hemos cimentado un “modo de conocer” (Montero, 2001:1) y actuar, no universal, situado en la historia de la organización y en el contexto mexicano. Este paradigma guía nuestra labor y engarza una visión específica sobre la realidad y sus actores –ontología–, sobre la forma de conocer y abordar esta realidad –epistemología–, sobre las formas válidas para conocerla, abordarla e intervenir en ella –metodología–, sobre el lugar de los sujetos de nuestra intervención –ética– y sobre las relaciones de poder que se desean fortalecer o revertir –política (Montero, 2001).

En la dimensión ontológica, nuestra perspectiva de trabajo reconoce una realidad compleja, multicausal y multidimensional que no puede ser reducida a uno de sus aspectos. Trabajos con seres humanos en su condición bio-psico-social y de animales interaccionales, considerándolos el actor central de esta realidad.

En términos epistemológicos, al ser una realidad de naturaleza vincular y compleja, consideramos que puede ser aprehendida e intervenida a partir del vínculo: es en la relación con el otro donde se produce el conocimiento y se transforma el mundo, no de forma previa ni posterior a ella, sino en ella.

Metodológicamente, lo anterior desemboca en la reivindicación de métodos específicos de intervención que tienen en su centro a las personas, la relación con ellas y la multiplicidad de factores que afectan su situación. Por ello propugnamos por métodos de trabajo en que la modificación y conocimiento de la realidad se logra a través de la colaboración y participación conjunta de los especialistas en ciertos temas y la población beneficiaria de su labor.

En el terreno de la ética reconocemos un rescate de la diferencia u otredad implícita en los vínculos: reivindicamos la igualdad de condiciones de decisión, opinión y saber entre las personas beneficiarias y nosotros durante los procesos que acompañamos. Por ello es que, más allá de nuestras formas específicas de trabajar, en todas las fases de nuestra labor son ellos los que están en el centro, no como demandantes ilimitados de servicios, sino como constructores de una estrategia compartida que pretende transformar su realidad y la de otros.

En términos políticos, nuestra labor parte de reconocer que las relaciones de poder de nuestro mundo producen poblaciones despojadas de sus medios de vida –especialmente las personas MYSPI–, quienes quedan atrapadas en los intereses de amplias élites de poder político, económico y social. Nuestra labor pretende ir a contracorriente de esta economía de poder, intentando crear – en el corto plazo- las condiciones y habilidades que permitan a las personas acceder y hacer valer sus derechos humanos aun a pesar de este orden de relaciones, el cual esperaríamos –en un largo plazo- sea revertido.

Cuadro 7.

El paradigma de intervención del área de Acompañamiento Psicosocial de Sin Fronteras IAP

Dimensión	Postura del área psicosocial de Sin Fronteras
Ontológica	<ul style="list-style-type: none"> • Realidad compleja, multicausal y multidimensional • Seres humanos son bio-psico-social y animales interaccionales
Epistemológica	En la relación con el otro donde se produce el conocimiento y se transforma el mundo
Metodológica	<ul style="list-style-type: none"> • Persona en el centro • Colaboración y participación conjunta con las personas
Ética	Igualdad de condiciones de decisión, opinión y saber entre las personas beneficiarias de nuestra acción y nosotros durante los procesos que acompañamos
Política	<ul style="list-style-type: none"> • Hay poblaciones despojadas de sus medios de vida • Nuestra labor pretende crear, en el corto plazo, las condiciones y habilidades que permitan a las personas acceder y hacer valer sus derechos humanos aun a pesar de este orden de relaciones

Fuente: Elaboración propia

Este paradigma no se construyó de la nada, sino que es producto de las propuestas de otros que nos han compartido sus experiencias y la manera en que las hemos adaptado a nuestro contexto. Su punto más acabado es el Método de Atención Integral, que en el apartado siguiente exponemos brevemente.

4. El Modelo de Atención Integral de Sin Fronteras⁴³

Este paradigma de trabajo nos ha permitido contribuir a la construcción del Modelo de Atención Integral (MAI), de la Coordinación de Atención y Servicios (CAS), donde se encuentran plasmados los principios

de trabajo del área de acompañamiento psicosocial y otras áreas de la Coordinación. En ellos se sintetizan los aprendizajes de veinte años de experiencia trabajando en los procesos de integración y defensa de los derechos humanos de la población MySPI en la Ciudad de México. A continuación presentamos algunos de sus elementos más relevantes.

El MAI es el método de trabajo de Sin Fronteras que fundamenta el esquema práctico de la labor de la CAS, permitiendo mantener una perspectiva de derechos humanos y psicosocial durante nuestra intervención, independientemente del especialista –psi-

⁴³ Lo expuesto en este apartado corresponde a lo contenido en el documento interno de Sin Fronteras (2013), *Manual Integral de Atención y Servicios*. Salvo en los casos donde se señale otro autor, toda la información contenida en esta sección corresponde al referido documento.

cólogos, trabajadores sociales y abogados-, a cargo de la interacción con la(s) persona(s). Con base en ello se busca incidir en la (re)habilitación de las condiciones y capacidades de acceso a derechos de la población MySPI que la organización atiende.

A través del MAI institucionalizamos –entendido como proceso colectivo de formalización de determinados elementos– los modos, perspectivas y criterios de atención –algunos de los cuales expusimos en el apartado anterior– que impactan en la situación de las personas y en la realidad. De tal modo, se aporta en la construcción de un mundo en donde los derechos humanos de las personas MYSPI son respetados, garantizados y exigidos. Con ello tenemos una base sólida de nuestro trabajo y que deseamos pueda servir de referencia para otras organizaciones o instituciones.

Para el logro de lo anterior y dada la cantidad de problemáticas, el MAI promueve la especialización de los colaboradores de la organización y su interrelación. En temas relativos al acceso a derechos económicos, sociales y culturales, el área de acompañamiento psicosocial cuenta con personal de trabajo social y de psicología clínica y social que profundiza en ello. En lo que respecta al acceso a los derechos de debido proceso, a la justicia y, en general, a la creación de referentes para la modificación de las leyes y prácticas en favor del bienestar de los MySPI, el Área Legal se especializa en procesos de obtención de documentos migratorios y/o de identidad, solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado o el litigio de casos relevantes o de violaciones graves a los derechos humanos.

Ya en los cruces de la labor de cada área, el área de acompañamiento psicosocial busca identificar a personas con necesidades psicológicas o socioeconómicas relevantes, canalizarles para atención o apoyarles en el acceso a servicios, al mismo tiempo que acompañan la atención brindada por el área legal, facilitando el entendimiento de la información brindada al usuario y la toma de decisiones, y engarzando estos procesos con el proyecto de vida de las personas.

Como una forma de mantener la continuidad de la perspectiva de trabajo en la actividad cotidiana de la organización y de asegurar la intencionalidad de nuestra atención, el MAI incluye una ruta de atención que define con claridad los pasos, tiempos y acciones principales en la atención.

La fase de acogida se da en las primeras tres semanas de contacto entre Sin Fronteras y el usuario. En este momento ocurre el primer encuentro, la valoración del caso y la construcción del plan de asistencia integral (es decir, el plan de intervención consensuado con la persona). El objetivo en este punto es tener una idea lo más clara posible sobre la situación de la persona, sus antecedentes, necesidades emergentes o futuras y, con base en ello, articular un plan de acción que considere esto junto con las capacidad y recursos disponibles para realizar el acompañamiento. El área de acompañamiento psicosocial identifica habilidades, necesidades socioeconómicas, situaciones emocionales específicas o rasgos de carácter que puedan incidir en el trabajo con el usuario, además de resolver carencias socioeconómicas o de salud y atender crisis emocionales que se pudiesen presentar.

En la acogida el punto central es la obtención de información mediante la entrevista de primera vez: momento definido para interactuar exclusivamente con la persona y encontrar todos los datos de utilidad para cubrir el objetivo de la fase. Ésta se debe realizar en un espacio con condiciones de privacidad, con base en una entrevista previamente estructurada que explore únicamente aquellos temas relevantes para el servicio a brindar y bajo las mayores reglas de confidencialidad. Con esta estructura se logra un panorama claro de las circunstancias de la persona MySPI y se evita una exposición que produzca nuevos daños o re victimización.

El MAI ubica a la entrevista como una herramienta central que se guía por una serie de principios de interacción que, deseablemente, deben seguirse en la mayoría de los encuentros con la persona para mantener el espíritu del modelo y la atención:

- Empatía: ponerse en lugar del otro para comprenderlo.
- Calidez: expresión de cercanía en la interacción.
- Respeto: actitud neutra, receptiva y de interés hacia la persona sin importar las opiniones personales.
- Concreción: delimitación clara de los objetivos y tiempos de la entrevista o encuentro.
- Capacitación: el entrevistador posee un conocimiento básico de los temas a tratar con la persona.
- Intérpretes: cuando los usuarios no son hispano-parlantes, se busca el apoyo de alguien que les traduzca toda la información en el idioma de origen. Los intérpretes también deben utilizar los criterios enumerados.

En la fase segunda, operación del plan de atención integral, se llevan a cabo las acciones definidas y consensuadas previamente con el usuario para lograr la mejora de sus condiciones y habilidades de acceso a derechos relacionados con uno o más aspectos de su bienestar. En este momento los especialistas del equipo ponen en práctica sus conocimientos, hacen las adecuaciones al plan inicial para lograr los objetivos definidos para cada caso y determinan el momento en que estos se han logrado o se finaliza la atención con cada persona. El área de acompañamiento psicosocial implementa acciones individuales y grupales en temas de alimentación, salud, idioma, empleo, vivienda, atención psicológica y/o acceso a servicios específicos bajo una visión de facilitación de las condiciones para que las personas desarrollen sus habilidades y se cubran sus necesidades en todas estas áreas.

La fase tres, llamada de Evaluación, es transversal a las dos anteriores e implica la revisión permanente de las necesidades generales de la población, sus características específicas y la efectividad de nuestras herramientas de intervención para dar respuesta a ello, en lo que se espera que, en su caso, se realicen las adecuaciones necesarias para el logro de los objetivos institucionales.

Dado que nuestros recursos son limitados y que la demanda de la población es alta, el establecimiento previo de algunos criterios de acción y definición permite garantizar el espíritu de los objetivos institucionales, del MAI y eficientar la atención brindada.

En primer lugar, todos los planteamientos del MAI responden a principios operativos que rescatan nuestro paradigma de intervención:

- **Atención integral:** es la intervención en la globalidad de la situación de la persona a partir de una labor interdisciplinaria y centrada en la situación específica de cada individuo.

- **Visión de derechos humanos:** la evaluación de la realidad y la situación de los sujetos se hace con referencia a los derechos humanos consagrados en los diferentes tratados internacionales.

- **Promoción de la autosuficiencia del usuario:** se procura acompañar los procesos de las persona, en lo que se propiciando que sean ellos quienes vayan al frente en la toma de decisiones y de las acciones a realizar.

- **No discriminación:** nuestros servicios están dirigidos a toda persona que coincida con el perfil de la población que atendemos, sin importar su grupo étnico o nacional, género, edad, condición social o de salud, religión, opiniones, orientación sexual, estado civil o cualquier otra.

- **Toma de decisión informada:** En el afán de promover la autosuficiencia, el papel de los profesionales de la organización es brindar información al usuario y sugerirle caminos a tomar, la decisión de las acciones a realizar recae plenamente en la persona beneficiaria.

- **Enfoque de género:** desde el reconocimiento de la existencia de condiciones inequitativas de acceso a derechos según el sexo u orientación sexual, nuestra intervención busca esfuerzos específicos de acuerdo con cada situación particular.

- **Calidad y calidez:** Sin perder rigurosidad en nuestra labor, la relación con las personas usuarias se da en términos de corresponsabilidad, empatía, confianza y respeto mutuo.

- **Lenguaje sencillo:** como una forma de facilitar la toma de decisiones e intentando evitar la disparidad derivada de las diferentes condiciones sociales o culturales, se utiliza un lenguaje que sea entendible a todas las personas y, en los casos de no hispanoparlantes, se busca la presencia de intérpretes de su lengua materna que garanticen el entendimiento de toda la información y sugerencias planteadas al usuario de la organización.

En el MAI definimos el sector poblacional que tiene prioridad para ser atendido, lo que resulta muy útil cuando hay escasez de recursos, pues da una guía clara de que decisiones tomar. Los llamados Criterios de vulnerabilidad para la atención en Sin Fronteras definen como prioritaria la atención a aquellas personas en situación de vulnerabilidad a causa de su edad, sexo u orientación sexual, discapacidad, pertenencia a minorías, pobreza, ausencia de redes de apoyo, bajo nivel educativo, alto número de dependientes económicos, bajos recursos económicos, antecedentes de ser víctima de violencia, no conocimiento del idioma, diferencias culturales relevantes, privación de la libertad, irregularidad migratoria. Estos elementos garantizan que nuestros colaboradores brinden la atención a las personas en una situación de mayor carencia material o de habilidades y condiciones de desventaja, teniendo claro el límite de nuestras capacidades.

Asimismo, dada la cantidad de atrocidades que caracterizan las vivencias de las personas MySPI que atendemos y la limitación de los recursos disponibles, para eficientar nuestra atención, hemos definido previamente lo que consideramos como situación de emergencia para cada área. Esta definición junto con los Criterios de vulnerabilidad nos permiten definir en qué momento intervenir y aplicar nuestros recursos de acuerdo con nuestros objetivos institucionales y la situación de cada persona. Además se definen previamente cuáles son los casos que salen de la normalidad de nuestro trabajo pero requieren ser atendidos por la organización, para los que es necesario revisar los criterios de atención preestablecidos y postular un plan particular para su situación.

El MAI establece un día y horarios de atención, lo que permite que se mejore la calidad de la atención pues los colaboradores pueden preparar la atención y realizar todas las gestiones necesarias para resolver de manera efectiva la situación de cada persona: desde trabajo administrativos hasta la labor con contrapartes para la prestación de servicios, permitiendo manejar el flujo de la demanda de atención en función de las capacidades institucionales.

Finalmente, partiendo del principio de que para poder ayudar es necesario asegurar la propia integridad de quien auxilia, se establece previamente cuál es el espacio y términos de interacción con la población atendida, buscando garantizar la eficiencia y la seguridad de todos los involucrados:

- Los encuentros se realizan en un espacio predefinido que garantice la privacidad y la seguridad de los participantes.
- Se privilegia el trabajo individual para una mejor identificación de necesidades y toma de decisiones conjunta.
- En los encuentros solamente se tocan temas e informaciones relativas a la situación que se desea resolver.
- Todos los encuentros, con cualquier usuario, deben estar planeados con antelación para definir tiempos y acciones a realizar.
- Se prima la confidencialidad y seguridad en el manejo de la información de las personas atendidas.
- Se utiliza lenguaje poco especializado en los encuen-

tros y se da tiempo para que los usuarios tomen decisiones, hasta que los colaboradores estemos seguros de que ha comprendido toda la información.

- Se busca claridad en cuanto a las capacidades institucionales y panoramas futuros, esto para no crear falsas expectativas sobre lo que se ofrecerá.

Con todos estos elementos hemos logrado un modelo de atención que facilita el contacto ordenado y eficiente con la población MYSPI que atendemos sin perder el trato humano, lo cual se da gracias a la visión que se deriva de la historia de la organización y de la realidad con la que trabajamos. Con ello hemos logrado atender una importante cantidad de personas con un alto nivel de eficiencia, calidad y mantener el espíritu que ha guiado el esfuerzo de Sin Fronteras durante veinte años.

Reflexión final: lo psicosocial como visión compartida

Como se ha expuesto en este documento, la experiencia de trabajo en los procesos de integración nos ha permitido aprender la complejidad de la situación que viven las personas MYSPI que atendemos. Por ello es que, en parte intencionadamente y en parte como consecuencia de la exigencia de la realidad, hemos tenido que construir una base coherente, sólida y correspondiente con los retos que las personas que acompañamos enfrentan.

Consideramos firmemente que las personas MySPI provienen de una situación de despojo de sus condiciones de vida y violación de sus derechos humanos, lo que produce un mandato ético para intervenir a favor de revertir los efectos negativos de esta situación y construir condiciones que permitan que accedan a su bienestar.

Enmarcado en tal esfuerzo, entendemos que la integración es un proceso inherente a la migración, que encara una complejidad y multidimensionalidad que no son fáciles de abordar. Este no es un tema fácil de resolver pues, de forma *natural*, muchos profesionistas consideran que el impacto de su labor y esfuerzo es la clave para ayudar a las personas. Sin embargo, nuestra experiencia nos ha permitido observar que es desde la colaboración y multidisciplinaria que se pueden tener efectos positivos en la situación de las personas envueltas en procesos complicados como el de la integración.

Para ello nos han resultado muy útiles ideas unificadoras y guías de acción como la noción del sujeto bio-psico-social y la idea de salud mental como axiomas sobre los rasgos característicos del ser humano y el objetivo de nuestro trabajo. Asimismo, una visión de derechos humanos nos permite enmarcar nuestra labor en un esfuerzo que involucra la asistencia pero la supera al buscar crear las acciones para que las personas vean garantizadas sus capacidades y condiciones de acceso a sus derechos.

La perspectiva psicosocial, de moda en la actualidad, pero con un largo antecedente histórico en Latinoamérica y retomada por Sin Fronteras desde hace poco más de ocho años, es una visión integral y apegada a derechos que resulta relevante para intervenciones como las nuestras. En tal perspectiva, sin dejar de resolver las necesidades acuciantes de la persona, se intenta intervenir sobre las condiciones individuales, sociales y políticas que están en el fundamento de su situación de movilidad y, en la mayoría de los casos, de victimización.

La apropiación de esta perspectiva no es un simple acto enunciativo, sino que representa el sostenimiento de una visión de mundo –que hemos llamado paradigma– que promueve ciertas nociones de la realidad, formas de aprenderla y de intervenir en ella, conocer el tipo de relaciones que se establecen y las situaciones de disparidad, y que buscamos fortalecer o revertir con nuestra intervención.

La perspectiva psicosocial conlleva una serie de principios de trabajo que ponen en el centro al sujeto, su toma de decisiones y acciones, además de buscar una intervención que no produzca nuevos daños. Desde esta perspectiva es que consideramos que las *buenas intenciones* son insuficientes para brindar apoyo a la población MySPI: es necesario una profesionalización que nos brinde herramientas para facilitar los procesos desde una visión de derechos, colaborativa y con una clara intencionalidad para mantener o mejorar el bienestar más allá de las búsquedas, perspectivas y proyectos sociales y/o políticos de la organización.

En nuestra experiencia, una vía privilegiada de esta profesionalización es la formalización de las prácticas a través de modelos de atención que partan de la realidad de las personas y trasciendan a la presencia o ausencia de los colaboradores. A través del MAI, en Sin Fronteras hemos logrado dar una atención que

busca incidir en el bienestar de todas las dimensiones de la vida de la persona MySPI, actuando desde disciplinas diversas pero desde criterios compartidos y métodos comunes.

Finalmente, consideramos que estos principios conceptuales y prácticos, si bien son útiles para lograr una intervención integral, multidisciplinaria y que busca mejorar las condiciones de acceso a derechos y al bienestar de las personas, no resultan elementos inamovibles; más bien, deben estar todo el tiempo sometidos a la crítica, la evaluación y el contraste con la realidad, para ser modificados en función de ello.

Nos preguntamos al inicio del texto: ¿cómo intervenir en beneficio del bienestar emocional-mental de las personas MySPI? La vía que hemos encontrado se asienta en romper con la idea de que lo mental son solamente las emociones, por lo que es necesario intervenir desde nuestros espacios de especialización –como puede ser la Psicología– pero con la mira puesta en un impacto que trasciende ese espacio: por condición esto es posible pues todas las dimensiones de la vida de la persona se encuentran conectadas y nuestra labor puede incidir directa o indirectamente en ellas. Para lograrlo, ideas como salud mental, integralidad y la perspectiva psicosocial son el vehículo que nos permite intervenir sin perder vista este supuesto.

Con todo esto pretendemos aportar a la discusión sobre la labor de derechos humanos con personas MYSPI y, especialmente, en lo relativo a su bienestar social, emocional y físico. Lo hacemos desde veinte años de experiencia, esperando incitar a otros a escuchar nuestras ideas, cuestionarlas, si así lo desean retomarlas y, en su caso, hacer sus propias propuestas de modos de intervención a favor de la población en movilidad humana en México y otras latitudes del mundo.

Referencias

- Achotegui, J (2005) Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). En: *Revista Norte de Salud Mental*. 21(V) 39-53
- Achotegui, J (2009) Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). En: *Zerbitzuan. Revista de Servicios sociales*. (47), 163-171.
- American Psychiatric Association [APA] (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Benayacar, M (2016) Lo disruptivo. El impacto del entorno en el psiquismo. En: E. Ramos, E.; Taborda, A. y Madeira C. (comp) *Lo disruptivo y lo traumático. Vicisitudes de un abordaje clínico*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria- Universidad Nacional de San Luis.
- Beristain, M. (2012) *Acompañar procesos con las víctimas*. Washington: PNUD.
- Böröcz, J., y Portes, A. (1989). Contemporary Immigration: Theoretical Perspectives on Its Determinants and Modes of Incorporation. *International Migration Review*. 23 (3), 606-630.
- Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital*. Recuperado el 10 de mayo de 2013, de: <http://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/fr/bourdieu-formscapital.html>
- Castaño, B, Jaramillo, L. y Summerfield, D (1998) *Violencia política y trabajo psicosocial. Aportes al debate*. Bogotá: Corporación AVRE.
- De la Peña, A. (2015) *El proceso de incorporación de los inmigrantes salvadoreños a la Ciudad de México, 2002-2012*. Tesis de maestría (inérita). México: Posgrado de Ciencias Políticas y Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Dufour, D. (2009) El neoliberalismo: La desimbolización, una forma inédita de dominación (pp. 209-233). En: *El arte de reducir carencias*. Buenos Aires: Paidós.
- Figueroa, M y Martínez, J (2009) *Acompañamiento psicosocial a víctimas. Sanando heridas... reconstruyendo vidas*. Cartilla didáctica.
- Fromm, E (2007) *El arte de amar*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S (2000 [1929]) El malestar en la cultura (pp.21-168). En *Obras Completas*. Tomo III. Madrid: Alianza Editorial.
- Giménez, G (2001) Cultura, territorio y migraciones. Aproximaciones teóricas (pp. 5-14). En: *Alteridades*. 11 (22).
- González, G.; Schiavon, J.; Maldonado, G.; Morales, R., y Crow, D. (2013) *México, las americas y el mundo 2012-2013. Política exterior: opinión pública y líderes*. México: Centro de Investigaciones y Docencia Económicas.
- Grinberg, L. y Girnberg, R (1984) *Psicoanálisis de la migración y el exilio*. Madrid: Alianza Editorial.
- Izquierdo, A. (2000a). El proyecto migratorio de los indocumentados según género. *Papers*. 60, 225-240.
- Izquierdo, A. (2000b). El proyecto migratorio y la integración de los extranjeros. *Estudios de juventud*. 49, 43-52.
- Kozulin, A. (2000) *Instrumentos psicológicos: la educación desde una perspectiva sociocultural*. Barcelona: Paidós.
- Montero (2001) Ética y política en psicología: Las dimensiones no reconocidas. *Athenea digital*. 0, 1-10.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1985) *Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder*. Recuperada el 25 de junio de 2016 de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1946) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 15 de junio de 2016 de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013) *Salud Mental: Un Estado de bienestar*. Recuperado el 25 de junio de 2016 de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Portes, A. (2007) Un dialogo Norte-Sur: el progreso de la teoría en el estudio de la migración internacional y sus implicaciones. En M. Ariza y A. Portes (coords.) *El país transnacional migración mexicana y cambio social a través de la frontera* (pp. 651-702). México: UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales/Instituto Nacional de Migración-Centro de Estudios Migratorios/Miguel Ángel Porrúa.
- Portes, A. y Rumbaut, R. (2011). *Legados. La historia de la segunda generación inmigrante*. México: Miguel Ángel Porrúa/Secretaría de Gobernación.
- Portes, A. (1998). Social Capital: origins and applications. *Annual Review of Sociology*. 24, 1-24.
- Sassen, S. (2007). La conformación de los movimientos migratorios internacionales. En: *Una sociología de la globalización* (pp. 165-205). Buenos Aires: Kats.
- Sin Fronteras IAP (2013) *Manual Integral de Atención y Servicios* (documento interno). México.

TESTIMONIAR

Reflexiones sobre el proceso terapéutico con migrantes y con profesionales que tratan con migrantes. Celebrando veinte años de Sin Fronteras

Mónica Vázquez Ávila⁴⁴

Donde se violenta al hombre

Se violenta al lenguaje

Primo Levi en Los hundidos y los salvados, 1986

Cuando recientemente se me hizo la invitación a escribir sobre mi experiencia profesional con Sin Fronteras, no lo dudé ni un momento. De hecho, confieso, que a lo largo de mi recorrido clínico, el trabajo que he realizado con la organización ha sido de gran satisfacción personal; dicho en otras palabras: ha sido uno de mis mejores trabajos *en y con una* institución.⁴⁵

Testimoniar es como he decidido intitular este artículo y lo he hecho por dos razones. La primera tiene que ver con una frontera que se dibuja entre aquellos pacientes atravesados por una psicosis y quienes pasan por una situación traumática, como puede ser el verse obligados a dejar, de manera intempestiva, su país de origen por una persecución política o guerra civil. Pareciera entonces que tanto la psicosis como lo traumático comparten –sin ser lo mismo– un mismo campo. Françoise Davoine y Jean-Marx Gaudillière, en su libro *Histoire et Trauma*, dicen que tanto lo uno como lo otro son dos guerras de una misma batalla, “dos mundos parecidos” (Davoine y Gaudillière, 2006:185). No es casual que los primeros psiquiatras psicoanalistas dedicados a la psicosis hayan pasado por experiencias con soldados en tiempos de guerra. De esta manera doy testimonio de la estrecha vinculación entre la psicosis y el trauma, sin que por ello sean lo mismo.

La segunda razón de tal título tiene relación con el hecho de que en ambos casos, el sujeto testimonia. En la psicosis, el sujeto atravesado por tales condiciones es –él mismo– testigo de *eso* que le sucede, de *algo* que adquirió forma de palabra y le habla, que le habla al oído, de esas ideas o pensamientos que lo invaden o de esas sensaciones de las cuales

su cuerpo está preso y que no puede más que interpretar. El delirante nos habla de algo que le habla. De hecho, la clínica psicoanalítica de la psicosis propone que la función del psicoanalista frente a tales sujetos es la de escuchar, anotar y registrar como lo haría una secretaria sin interpretar nada. ¡Cómo interpretar si estamos frente a interpretadores! En el caso de los migrantes sucede algo distinto. Ellos son llamados –por una autoridad legal del Estado– a dar testimonio de lo que vivieron en sus países de origen, como una de las condiciones, para acreditar o no su demanda de asilo. De hecho, de la veracidad de su discurso depende (entre otras cosas) si se le otorga o no el título oficial de refugiado. Se entiende entonces el peso que recae en el testimonio de ese demandante; tanto en la psicosis como en el trauma, el sujeto se ve obligado a dar testimonio. En el primer caso, el psicótico da testimonio de *eso* que se le impone y de lo que no se puede librar; en el segundo, la imposición recae sobre el hecho de testimoniar sin poder elegir a quién ni cuándo.

De mi parte –ahora puedo decirlo así– mi objetivo con este artículo es de *dar testimonio* de mi experiencia con los migrantes y con aquellos que trabajan con éstos. *Testimoniar* implica hablar a otro(s) de aquello que uno ha visto o escuchado, en este sentido se trata de hacer un pasaje de un lugar a otro, a veces de lo privado a lo público, a veces de lo público a lo privado. Escribir va en el primer sentido. Por otro lado, si se toma en cuenta que la raíz latina de testimonio es *testis*, raíz que se comparte con la palabra testículos, se puede decir que siempre se da testimonio sobre los propios cojones, es decir, sobre aquello en lo cual uno está muy implicado, de una u otra manera.

⁴⁴ Psicoanalista independiente, ejerzo en la Ciudad de México. Cuento con dos maestrías, ambas en psicoanálisis, la segunda con la especificidad en “Psicosis y estados límites”, una obtenida en México (2003) la otra en Francia (2004) y con un doctorado en Psicoanálisis y psicopatología por la Universidad Paris 7 (París, Francia, 2008).

⁴⁵ He sido consultada por Sin Fronteras esencialmente para dos tipos de servicios. Uno, para evaluar y en algunos casos tratar terapéuticamente a demandantes de asilo donde existía la duda –por parte del personal de la institución– si la persecución de su país de origen de la que hablaba el migrante era “real” o si “solo estaba en su cabeza”. Es decir, si no se trataba de alguien perturbado mentalmente. Dos, para recibir y escuchar a los que a su vez tratan directamente con los migrantes y personas sujetas de protección internacional, como abogados, trabajadores sociales y psicólogos; de tal manera que me han propuesto formar grupos de contención y reflexión para los profesionistas de esta organización. Dos tareas que permiten me vincule profesionalmente con el mundo del migrante.

I. A la escucha del migrante

A lo largo de estos años en mi colaboración con Sin Fronteras he recibido en mi consultorio demandantes de asilo de distintas nacionalidades, siendo la mayoría de habla francesa. No hablaré sobre ellos en particular, salvo en un caso que más adelante presentaré por tratarse, excepcionalmente, de un caso de psicosis. Mi interés es de dar cuenta de lo que he encontrado en mi experiencia clínica con estos sujetos basándome, a su vez, en ciertos autores que han trabajado sobre la vida psíquica de los refugiados.

Me es importante aclarar que no todos los migrantes que llegan a mi consultorio demandan un proceso terapéutico. Por un lado, la institución no me lo pide con todos los sujetos que me deriva; pero principalmente, para ciertos refugiados no tiene ningún sentido en venir a hablar con una “desconocida” de su situación personal. Tal fue el caso –así lo recuerdo– de un hombre originario de África central, muy alto, fornido (venía huyendo de su país de origen, era guardaespaldas del Presidente de esa nación), que se preguntaba la razón por la cual lo habían derivado conmigo⁴⁶ ya que no entendía su presencia ahí. Cuando le expliqué que se trata de hablar sobre lo que le había pasado, de su depresión, giró la cabeza, me miró fijamente y me dijo: “¿Hablar? Y eso, ¿para qué sirve?” Mi respuesta fue detallada y completamente infructuosa; en efecto, este hombre jamás regresó. No se trata, en absoluto, de asociar el *sin sentido* que alguien puede encontrar al hecho de hablar con un determinado país. La pregunta de ¿y hablar, para qué sirve? puede y ha sido planteada por sujetos –aunque raras veces– que acuden conmigo en la clínica privada, de buena educación, con un alto nivel escolar y, sin embargo, no hay lugar en ellos para la palabra. Lo que quiero poner de manifiesto es que *hablar y aceptar pasar por un proceso terapéutico* depende, en parte, de la cultura personal, pero también y sobre todo del momento subjetivo por el que uno esté pasando. En este sentido, la clínica propuesta a pacientes refugiados que han padecido por mucho, eventos situados al límite humano relativos a una realidad exterior cruel (vio-

lencia de Estado, tortura, asesinatos en masa) interroga y pone en primer plano la propia subjetividad. No es necesario, en absoluto, haber pasado por una situación extremadamente difícil o traumática para aceptar un proceso terapéutico. La posibilidad de hablar a un *otro* de lo que a uno le pasa y encontrarle a ello un sentido, requiere de más condiciones. Además, es importante subrayarlo, el exilio por el que los refugiados pasan no puede ser reducido a un trauma y los procesos psíquicos no deben ser confundidos por elementos culturales. Por otro lado, otras derivaciones que la organización me ha hecho han tenido un destino diferente al de este hombre africano. La mayoría de la veces, en mi experiencia, el espacio ofrecido es muy bien recibido y la naturaleza de la demanda es intensa ya que lo que se juega –para algunos– es de vida o muerte. No se trata únicamente de tener la esperanza de curar algunos síntomas, por ejemplo, poder dormir bien, reducir la angustia, sino que algo de su propia existencia ponen en manos del “psi”⁴⁷ que tienen enfrente.

Pero, ¿cuál es el padecimiento de un refugiado? ¿De qué están enfermos psíquicamente cuando están enfermos? Planteo así la pregunta para volver a subrayar el hecho de que no todos los refugiados padecen de algo psíquico. La semiología más frecuente en aquellos sujetos refugiados que están en gran sufrimiento nos reenvía a las manifestaciones sintomáticas de la *neurosis traumática*. Esta forma de neurosis es la afección psíquica más extendida en la población migrante. Para entender la neurosis traumática no me baso en el DSM V (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*)⁴⁸, como muchos psicólogos en instituciones (por colocarse en un contexto médico), sino en lo descrito –de manera muy clínica– por algunos psicoanalistas y psiquiatras, quienes –a finales de la primera Guerra Mundial– la descubren, la nombran como tal e intentan tratarla.⁴⁹ En esta ocasión me voy a basar en el libro de Élise Petre, *La vie psychique des réfugiés*, donde enumera de manera muy clara en el contexto de los refugiados ciertos síntomas de esta llamada neurosis traumática. *Síndrome de la repetición*. Este signo es considera-

⁴⁶ La razón de la derivación era una depresión importante que este hombre estaba sufriendo.

⁴⁷ Por *psi* me refiero a todo aquel profesionalista que puede ser psiquiatra, psicoanalista, psicoterapeuta o psicólogo que por sus estudios y experiencia clínica se coloque frente a un refugiado para ofrecer un espacio terapéutico.

⁴⁸ Las siglas en inglés corresponden a *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, es un manual diagnóstico y estadístico de perturbaciones mentales publicado por *l'American Psychiatric Association* (APA) desde 1952. Esta herramienta de clasificación que ya está en su 5ta. versión continua a ser cuestionada principalmente por psicoanalistas y algunos psiquiatras por ser un manual que favorece el etiquetaje reductor de la clínica. Hacer clínica implica ver *caso por caso* en una descripción detallada y completamente singular del sujeto que se tiene en frente y sobretodo dar cuenta de los mecanismos subyacentes de cada sujeto.

⁴⁹ Remito al lector a varios autores principalmente a Ferenczi, S. (1974 [1918]) *Psychanalyse de névrose de guerre*. En: *Oeuvres complètes*. Vol. III: 1919-1926. París: Editions Payot. Del mismo autor, Ferenczi, S (1982 [1934]) *Reflexions sur le traumatisme*. En: *Oeuvres complètes*. Vol. IV, París: Editions Payot. También al artículo “Névroses traumatiques (névrose d’effroi, névrose de guerre)” de Louis Crocq, M. Sailhan, Claude Barraois (1983) que aparece en *Encyclopédie médicale et chirurgicale*, Psychiatrie, e igualmente a la obra de Claude Barraois (1998), “Les Névroses traumatiques. Le psychothérapeute face aux détresse des chocs psychiques”.

do como el principal de esta neurosis y se despierta después de un tiempo de latencia de incubación. Se manifiesta por recuerdos diurnos o nocturnos y por pesadillas que se repiten una y otra vez en relación directa con la situación de peligro en la que el refugiado fue expuesto. Cualquier evocación que recuerde al sujeto tal circunstancia (un ambiente, una imagen o inclusive un olor), acentúa los síntomas y se desarrollan conductas de evitación. La repetición principalmente se manifiesta por reacciones de sobresalto y excitación elevada.

Perturbaciones neuro-vegetativas. Éstas se manifiestan por problemas de sueño (tanto para lograrlo como despertarse continuamente o en la madrugada sin poder volver a dormir) y por desórdenes del aparato vascular, digestivo o de la piel. Se incluyen también los síntomas somáticos, como dolores de cabeza, vértigo y perturbaciones visuales.

Alteraciones de la memoria (hyperamnesia, recordar todo con gran detalle, o amnesia, olvidar periodos importantes). Hay también problemas de atención, dificultades de concentración llegando algunas veces hasta las “ausencias”.

Modificaciones del carácter y de la personalidad (sensibilidad aguda, empobrecimiento de las relaciones sexuales y sociales, inhibición intelectual). Todos estos desórdenes son observables y la mayoría son efecto de la angustia. Se incluyen también crisis o conversiones histéricas, fobias, obsesiones o inclusive síntomas tomados de otras neurosis. Se puede desarrollar una *neurosis de angustia* con toda una variedad de síntomas que le siguen.

Síndrome depresivo y su correlativo de ansiedad, de astenia, de agotamiento, de apatía, desinterés por el mundo exterior y/o repliegue sobre sí mismo. La emergencia de fenómenos que pertenecen al campo del “pensamiento mágico” (hacer referencia a la suerte, a la fatalidad, *al más allá*), sueños premonitorios así como una atención muy particular dado a lo “sobrenatural”.

En fin, ciertas formas de la neurosis traumática pueden tomar aires de *perturbaciones psicóticas*: la presencia de fenómenos elementales, visiones (llamadas por la psiquiatría alucinaciones), disociaciones, escisiones, desdoblamientos, sentimientos de

desrealización, de despersonalización, exceso de sensibilidad llegando en ocasiones a la presencia de angustias persecutorias y paranoicas. Se puede observar una cierta regresión a un estadio infantil importante (Petre, 2010-2014:79-81).

La presencia de la mayoría de estos síntomas hace que un profesional de la salud piense en la *neurosis traumática* en el caso de un refugiado. Sin embargo, puede resultar también interesante, además de describir estos síntomas, detenerse en ciertas manifestaciones del psiquismo del sujeto cuando éste ha sido objeto de una violencia intensa.

Una de ellas es *la escisión*, planteada como mecanismo de defensa del Yo por Sigmund Freud en uno de sus últimos y ejemplares artículos de su extensa obra, “La escisión del yo en el proceso defensivo” (Freud, 1940:275). Este es un mecanismo que se manifiesta continuamente en la sintomatología del paciente refugiado y que pareciera comprometer la integridad total de su psiquismo. Se trata de una elección psíquica inconsciente del sujeto que permite cortar, a la vez, sus referentes geográficos (de dónde viene), su realidad psíquica ligada *al antes y al después* del evento traumático a fin de eliminar sus dolores psíquicos y los de su cuerpo. No se trata de la represión,⁵⁰ como la encontramos en una neurosis cualquiera sino precisamente de un mecanismo donde se conjuga lo que se rechaza y lo que se expulsa (*Verwerfung*). Este último término lo conservó así, en alemán, el psicoanalista Jacques Lacan, quien propuso en uno de sus primeros seminarios –intitulado “Las estructuras freudianas de las psicosis”–, traducirlo como “forclusión” (Lacan, 1955-56. p. 456).

Da cuenta de algo que en efecto es expulsado por el psiquismo, las defensas primarias dominan y ciertas experiencias son recurrentes como el sentimiento de persecución, delirio paranoide, visiones, etc. El sujeto puede estar confrontado en algunos momentos a la desrealización (“estoy aquí pero no estoy aquí”) y a un sentimiento de extranjeridad radical muchas veces en relación con el mundo que le rodea o con su propio cuerpo (“desconozco dónde estoy” o “a veces tengo la impresión de que mis manos no son mías”). La “forclusión” está en relación con aquello que no está metabolizado psíquicamente; que, sin embargo, sus efectos son poderosos y omnipresentes.

⁵⁰ Se entiende por represión (*Verdrängung*) al proceso de apartamiento de las pulsiones, que ven negado su acceso a la conciencia. El material psíquico que queda reprimido se guarda en algún lugar de lo inconsciente-pre-consciente. Todo está ahí, todo se guarda, aun cuando el acceso a la conciencia sea difícil, algunas veces *muy* difícil.

Para E. Petre,

“cuando el Yo ha sido objeto de una *Spaltung* (escisión) este desgarramiento permite al material psíquico denegado la posibilidad de co-existir con otra parte, que a su vez, ésta, tolera la realidad. La escisión se instaura entonces con el fin de que la reunificación entre la palabra y los afectos quede impedida. La escisión protege la subjetividad pero en contraparte, no permite la llegada de una mentalización necesaria para la elaboración de los conflictos psíquicos”.

(Petre, 2010-2014. p. 313).

En efecto, para que la escisión tenga lugar, es necesaria la negación de la existencia de un evento. Se niega *eso* que pasó o se niega haber vivido *eso que pasó*. Una negación que protege la subjetividad del sujeto en cuestión pero a su vez impide toda posibilidad de elaboración psíquica.

La escisión puede observarse también en *el lenguaje*, es decir, en el discurso del refugiado. En este sentido, cuando su testimonio es pedido por un funcionario del Estado, algunas veces se observa cómo este mecanismo hace que el discurso del refugiado aparezca carente de todo convencimiento, como si el mismo sujeto en cuestión no estuviese convencido de lo que está hablando, por lo tanto no convence a su interlocutor. Se trata de una enunciación congelada y como tal se constituye como una modalidad de supervivencia. La denegación o negación de la que se habló líneas arriba es, en efecto, correlativo de la escisión y permite a su vez poner distancia del sufrimiento, dando una sensación de que la persona se esconde detrás de sus palabras vacías y carentes de todo sentido.

Por ejemplo, algunos funcionarios del Estado, cuando realizan entrevistas de evaluación a los refugiados, pueden hablar de “discursos estereotipados” “como si se lo hubiesen aprendido de memoria” lo cual les hace deducir que sus testimonios son falsas. Y en efecto, debido a este afecto congelado producto de la escisión, el discurso puede aparecer aplanado, anestesiado con una gran frialdad afectiva que, inclusive, puede dar sensación de aburrimiento en el sujeto que entrevista descartando toda posibilidad de crear un lazo afectivo con éste, llámese de

empatía o de credibilidad. Es un tipo de discurso que desanima su escucha y que a su vez da testimonio de lo que Claude Janin en su libro *Figures et destins du traumatisme*, habla del “espacio de no representación que es (...) el espacio mismo del traumatismo” (Janin, 1996:87).

Con lo anterior quiere subrayar que eso que se niega o deniega es aquello que no está representado por el psiquismo y, por lo tanto, no existe para el sujeto y esto es observable en su lenguaje mismo. Se percibe claramente una suerte de inadecuación subjetiva que reside entre la posibilidad de acceder a lo que ha sido *forcluido* del psiquismo y la acción de reunir datos por parte de la memoria necesaria para dar testimonio de lo vivido. En algunos casos extremos, la simple cadena de sintaxis para hacer una oración con sentido no puede darse en razón de la violencia del traumatismo que hace agujero en la cadena significativa. No es por nada que la palabra *trauma* tenga su raíz latina en *trou* que significa agujero. A veces uno se pregunta, ¿qué palabras, qué emociones pueden ser experimentadas, incluso nombradas cuando un sujeto ha sido confrontado con la crueldad humana? Muchas veces la barbarie arranca, en parte, el sentido de toda palabra y la capacidad misma de un sujeto de sentir sus emociones. Por esta razón, la escisión se pone en marcha para evitar la fragmentación psíquica después de una vivencia traumática y es esto lo que se expone y amenaza a su vez la veracidad de un testimonio. Que los funcionarios del Estado que realizan las entrevistas a los refugiados puedan estar advertidos de este mecanismo parece ser de extrema importancia.

Otro factor a tomar en cuenta es **la memoria**. De entrada puede decirse que el traumatismo que hace agujero en el psiquismo lo hace en la memoria. En este sentido el hecho de que el demandante de asilo deba imperativamente contar a las autoridades políticas todo lo que concierne a los eventos asociados a su salida de su país, evidencia, en algunos casos, problemas de memoria. Testimoniar implica traer a la conciencia en *el aquí y ahora* todos los recuerdos ligados a ese evento. Hay que subrayar el hecho de que, además de que el demandante se enfrenta a la dificultad de recordar *con claridad* ciertas escenas, esto se complejiza porque el demandante se dirige a un desconocido. Es decir, él no elige ni el momento para hablar de lo que le sucedió ni a quién se dirige cuando habla ello, lo que pone en evidencia una cierta dinámica de la memoria cuando se ha pasado por

un traumatismo. Aun cuando restos de ciertos eventos y la percepción misma perduren, algunas veces éstos son oscuros, incluso se puede hablar de recuerdos enterrados, por lo tanto innarrables.

Me parece oportuno tomar lo que Freud definió como trauma en su ensayo *Moisés y la religión mo-no-teísta* de 1939. Ahí él define lo traumático en términos de lo cuantitativo:

“(...) si es lícito suponer que la vivencia cobra carácter traumático únicamente a consecuencia de un factor cuantitativo; que, entonces, toda vez que una vivencia provoque reacciones insólitas, patológicas, el culpable de ello es un exceso de exigencia, con facilidad se puede formular el argumento de que en cierta constitución producirá el efecto de un trauma algo que en otro no lo tendría (...)”

(Freud, 1939:70).

Lo que subrayo de esta definición es precisamente este *exceso de exigencia* para el psiquismo de un sujeto que no solamente ha sido obligado a pasar por situaciones traumáticas sino que también lo es para relatar tales situaciones. Lo traumático para Freud tiene que ver con ese *exceso*. Colocar así al demandante de asilo no tiene por objetivo victimizarlo sino poner en evidencia eso que se redobra al pedirle al sujeto en cuestión rememore sus vivencias. Se trata de subrayar eso que Lacan definió como lo Real (a partir de sus tres registros, lo simbólico, lo imaginario y lo Real),⁵¹ como eso que es imposible de asimilar, como eso que es imposible de simbolizar. De ahí sus nociones de *inasimilable* y de *insimbolizable* que pueden sernos de utilidad para dar cuenta de eso que se redobra. No hay duda de que el trauma lastima en el sujeto su capacidad para recordar.

El olvido de los hechos recientes es una de las perturbaciones más frecuentes que se presentan en el refugiado al momento de tratar de rememorar lo sucedido. Lo alterado es el tiempo ya que en la medida de que *eso que se vivió* quede sin poder simbolizarse queda como un pasado irrepresentable, sin espacio en la psique pero también sin lugar en el tiempo del sujeto. Para que algo

pase al registro del pasado tiene que *pasar, pasar a otra cosa, pasar* a otro registro. Sin embargo, en los casos a los que me remito, esto no pasa y en este sentido el pasado queda en estado presente. Es decir, eso que vivió no puede ser a su vez ni rememorado con precisión pero tampoco olvidado y muchas de las manifestaciones que encontramos en el demandante de asilo tienen que ver con esta a-temporalidad en la que viven, en un eterno presente que no puede pasar al pasado. Se puede decir que la memoria traumática optura la vía del olvido. De aquí que la memoria pueda de pronto alternar entre recuerdos muy nítidos (hipermnesia) con lagunas importantes sobre ciertos pasajes (amnesia). Como si el déficit de la memoria encontrara su correspondencia con su antagonista, el *exceso de memoria*, haciendo alusión con este *exceso* del que Freud hablaba. Incluso puede llegar el caso de alguien que se sienta perseguido por sus recuerdos, por su memoria al no poder olvidar nada, pero absolutamente nada de lo vivido. Es como si el sujeto quedara fijado en ese eterno presente, en *lo Real* de Lacan, de las escenas traumáticas. Lo paradójico de estas situaciones es que si el contexto traumático queda en el presente, el hecho en sí de lo vivido queda con mucha frecuencia inaccesible a la memoria.

Un último aspecto a subrayar es la cuestión de la **repetición**. La clínica que se lleva en relación a los sujetos que sufren de neurosis traumática está fuertemente marcada por la repetición. Freud en un muy interesante artículo de 1914, “Recordar, repetir y reelaborar” nos dice que “el analizante no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego que lo hace” (Freud, 1990:151-52). Eso que no se recuerda se actúa; afirmaciones como ésta han hecho decir a otros autores como Jean Allouch que el “actuar (*agieren*) es el fracaso del recordar” (Allouch, 1993. p. 233). Podemos entonces decir que eso que se actúa reproduce el traumatismo más que recordarlo; esta es una manera de repetir. ¿A qué me refiero con actuar? Actuar tiene que ver con diferentes modalidades: se actúa con la conducta, por ejemplo hablar sumamente enojado y alterado a la recepcionista que lo recibe en una organización como Sin Fronteras; gritar en plena institución que se va a matar; pero también se actúa en el lenguaje, en eso que se dice, en las palabras utilizadas en el discurso que pueden dar

⁵¹ Lacan plantea a estos tres registros como la manera en que el sujeto se enfrenta con su mundo. Lo simbólico tiene que ver con lo que pasa por el lenguaje, es decir con todo aquello que, como símbolo, puede representarse. Se trata de una “función compleja y latente que abarca toda la actividad humana: incluye una parte consciente y otra parte inconsciente, y se adhiere a la función de la imagen y, más especialmente a la del significante” (Chemama, R. y Vandermaersch, B., 2010. p. 627). Lo imaginario tiene que ver con las imágenes, los ímagos que cada sujeto tiene sobre sí mismo y sobre su realidad. Es la que procede de la constitución de la imagen del cuerpo. Lo real, por su parte, se define con relación a lo simbólico y a lo imaginario. “Lo simbólico lo ha expulsado de la realidad” (Chemama, R. y Vandermaersch, B., 2010. P. 579). A lo largo de sus seminarios, Lacan fue definiendo lo Real como lo imposible, como aquello que siempre vuelve a su lugar, lo que no puede simbolizarse en la palabra o en la escritura.

cuenta de lo vivido en una situación traumática. La otra posibilidad es la actuación (reactualización) de ciertos síntomas en el cuerpo del refugiado, cuando a veces habla de sensaciones, impresiones sensoriales que es como si él continuara en la escena traumática. Muchos de estos refugiados reproducen el traumatismo más que recordarlo. Retomo lo que los psicoanalistas Laplanche y Pontalis nos dicen sobre la compulsión a la repetición definiéndola como un “proceso incoercible y de origen inconsciente por la cual el sujeto se coloca en situaciones dolorosas, repitiendo así experiencias anteriores sin recordar el prototipo y con, al contrario, con la impresión muy viva de que se trata de algo que está plenamente motivado en lo actual” (Laplanche y Pontalis, 1967. p. 86).

Otra forma de mostrar la compulsión a la repetición es a través de sueños llamados traumáticos –por repetir una y otra vez un mismo suceso determinado– y por descargas impulsivas –actuar impulsivamente. De pronto, es como si algo obsesivo tomara al sujeto y no pudiera más que repetir y repetir una misma acción que, fuera de todo sentido, desorienta al profesional que lo trata, llevándolo muchas veces a etiquetarlo bajo el diagnóstico de obsesivo-compulsivo. Porque como se sabe, la actuación (del migrante) invita la actuación (del profesional a cargo) y de ello hay que estar advertidos. Este es un tema que retomaré más adelante. Finalmente me es importante resaltar el hecho de que tal compulsión a la repetición es una manera de sobrevivir del refugiado quien, a su vez, se refugia en un eterno retorno de sí mismo sin, muchas veces, encontrar una salida más que la misma repetición.

Por último me gustaría retomar la correlación entre la neurosis traumática y ciertos signos y síntomas que hacen pensar en perturbaciones psicóticas. Sobre este tema, me gustaría sobre todo dar testimonio de una experiencia en particular con la que me vi confrontada al recibir a un demandante de asilo y donde *se desplegó* a lo largo del tratamiento un caso de psicosis. No está de más compartir con el lector el hecho de que este caso ha sido uno de los más paradigmáticos con los que he trabajado en el contexto de la psicosis ya que no es frecuente encontrar el despliegue de tal sintomatología psicótica a lo largo de un proceso terapéutico.

Un caso de psicosis

Llega a mi consultorio un hombre joven, alto, muy delgado, de raza negra, a quien me estaban derivando por tener dudas sobre su comportamiento. Iba acompañado de un joven que en esos momentos hacía su servicio social en Sin Fronteras. A este hombre –solicitante de asilo– lo nombraré P.M.⁵² Llevaba vendado el brazo desde el hombro, padecía de mucho dolor, de hecho no dejó de gritar durante casi toda la primera parte de la entrevista. “Ay, ay, ay!” era su queja y no de manera tímida sino a todo pulmón. Lo observo y pienso: este hombre trae mucho dolor pero no sé si es sólo suyo o por cuántos otros también está hablando. En estos momentos pienso en una frase que leí de Françoise Davoine, en su libro *La locura Wittgenstein*, que dice: “el hombre que grita de dolor o que nos dice que sufre no elige la boca con la que nos lo dice. El sitio del dolor puede encontrarse en el cuerpo de otra persona” (Davoine, 1994:12). Le pregunto por ese dolor, me explica que fue que se fracturó el brazo por un accidente de trabajo, seis meses antes. Empiezo a hablarle en francés (su lengua de origen, al menos la oficial) y su rostro cambia. Le explico que podemos tener la entrevista en francés porque estoy familiarizada con el idioma; acepta y continua hablándome en esta lengua. Le pido que me hable de él, de su historia, por qué está en México, y poco a poco la queja se detiene, las palabras empiezan a fluir y a tomar, naturalmente, el lugar del grito. A partir de esta primera entrevista y en las subsiguientes algo cambió para P.M., su físico, su manera de vestirse, su postura corporal; como si el hecho de haber encontrado un espacio propio para hablar –en su lengua– de lo que le aquejaba, hubiese cambiado su mundo. Lo seguí entrevistando (siempre en francés) y su asistencia fue regular. Para la tranquilidad del lector, no es mi intención transcribir las sesiones con este paciente quien, en efecto, devino paciente, sino subrayar algunos aspectos de su tratamiento que me parecen importantes para poder transmitir lo que quiero.

Para la segunda entrevista llega bien vestido, más sonriente, menos quejoso. Le pido me hable de su historia; recuerda a su abuela, alguien muy importante para él; a ella le quemaron su casa por persecución política y tuvo que migrar para poder vivir, perdió el contacto con ella, con toda su familia y me dice haber perdido todo. Incluso hasta los recuerdos.

⁵² Si bien es cierto que el nombre propio no puede exponerse por razones de seguridad y de ética, resulta –en el contexto psicoanalítico– para mí un problema el no poder plantearlo abiertamente; un problema que hay que resolver caso por caso. El *nombre propio* es un significante que da identidad (cuando el nombre cumple su función, es decir, cuando uno se apropia del nombre) al sujeto nombrado, da una cierta ubicación al sujeto en el núcleo familiar ya que nos singulariza como un significante puro; por estas razones el nombre propio es un significante que no puede traducirse (aunque se haga comúnmente) ya que subsiste en todas las lenguas. Si mi nombre es Mónica, éste no cambia porque esté en Francia por Monique por ejemplo, sigo siendo Mónica. Jacques Lacan (2005 [1962-1963]) ha trabajado ampliamente este tema en sus diferentes seminarios (V. por ejemplo Seminario IX: La identificación, sesión del 10 de enero de 1962). Otros dos autores recomendables sobre el tema: uno es Jean Allouch en su libro *Letra por letra* (v. Bibliografía) y recientemente Pierre Bruno (2010) con su libro *Le père et ses noms* (El padre y sus nombres). Por esta razón y por lo que viene del caso mismo he decidido nombrar a este paciente por sus siglas.

Muy rápidamente, en las siguientes entrevistas, P.M. empieza a quejarse de que en México no hay justicia; repite una y otra vez la frase. Piense me dice, piense. Lo escucho sin decir nada. Tengo en mi mente la demanda de Sin Fronteras, no saben si su relato es cierto, ni qué pensar de él, ya que hay algo raro en lo que dice, en su comportamiento (es bastante problemático, se queja de todo) pero no logran definir qué. De hecho la demanda hasta ese momento era hacerle una evaluación y hasta ahora nada me hacía pensar que este hombre estuviese perturbado mentalmente, nada. Sin embargo, para la tercera entrevista me suelta una frase, me habla de 100 mil dólares americanos que él perdió. ¡Ah! Paro oreja. —¿Se trata de una idea delirante? Generalmente me tomo el tiempo necesario para afirmar si se trata de ello y si forma parte de una psicosis; sabiendo que ésta es la última carta por la que voy a apostar. A veces en mi clínica puedo escuchar frases francamente delirantes —pero que toman otra forma, una vez instalada la transferencia⁵³ en el espacio que le brindo. Así que en el caso de P.M. solamente paro oreja y empiezo a preguntar sobre ello; sin embargo, se tomará muchas sesiones más antes de seguir hablándome de este tema. P.M. continúa platicándome de sus pérdidas, su familia, sus hermanos: “Sin Fronteras es culpable de todo” me dice, “seis meses sin recibir ayuda”, un jefe que abusó de él (se refiere al accidente de trabajo en el taller mecánico en el que trabajaba) donde al estar debajo de una camioneta reparándola ésta, le cae encima por un mal manejo de las herramientas. No queda claro de quién fue el error. Entonces, me dice señalando su brazo: “*J’ai récupéré ma voix a la force*”. Dejo la frase en francés para que el sentido no se pierda (entre tantas pérdidas...). La traducción literal sería: “Yo recuperaré mi voz a la fuerza”. La frase en sí tiene sentido; sin embargo, cuando P.M. la dice, él señala su brazo. De hecho y así queda confirmado, para él, *voix* (voz) es *bras* (brazo), así que no corrijo (el espacio terapéutico no es una clase de idiomas), únicamente registro. ¿Error? ¿lapsus? No importa, la frase es

clara y contundente: “*yo recuperaré mi voz a la fuerza*”. ¿De qué voz está hablando sin que él mismo se dé cuenta? Sigue señalando el brazo y me dice: “De no haber hecho todo lo que hice, hubiera muerto, piense bien”. Escucho y registro que lo que él muestra con su brazo es de vida o muerte, que lo que estuvo y está en juego para él fue y sigue siendo de vida o muerte. Sólo logro decirle que creo que en su brazo se condensa todo el dolor que padece por tanta pérdida y que, sin embargo, al recuperarlo (es decir, el hecho de no haberlo perdido en el accidente), él recuperó algo muy importante.

Para las siguientes sesiones me trae cuatro radiografías y un cuaderno. Las radiografías son testigo de que algo soldó mal, me las muestra, “vea” me dice. A mí no me queda claro si se trata de una fractura o no, sólo sé que eso no es lo importante a aclarar, al menos no en ese espacio y en ese momento. A su vez, refiere que quiere escribirle una carta a Naciones Unidas para quejarse de Sin Fronteras, “toda la culpa es de Sin Fronteras”. Me da las gracias enfáticamente porque se siente mejor, por respetar sus citas.⁵⁴ Las sesiones continúan, sus quejas con ello, hasta que en una sesión aparece algo con mayor claridad: me pregunta si me puede pedir un favor, si yo puedo hacer pasar este mensaje: “Ser refugiado es adoptar a un hijo, darle todos sus derechos en tanto mexicano, si no es así, uno no lo tiene. Esto es lo que yo quiero que se haga saber, ¿podría hacerlo pasar a todo México?”⁵⁵ ¿A todo México? me pregunto, ¿me tomará como alguien muy importante, como el Presidente de la república, como un Dios? Le respondo que de entrada su mensaje me llegó a mí, que eso ya es un comienzo. En la siguiente sesión, lo primero que me pregunta apenas sentándose es si pasé el mensaje a las autoridades, a todas las autoridades. Cuando le digo que no está en mis posibilidades hacer eso, él continúa como si no me creyera. A partir de aquí no tengo dudas, P.M. es un delirante, lo que no quiere decir que sea un psicótico.⁵⁶

⁵³ Con el término de transferencia me refiero al lazo del paciente con el analista y de la implicación de éste con su paciente que se instaura —cuando se instaura— de manera natural y actual, reactualizando con ella los significantes que hasta ahora han soportado las demandas de amor en la infancia del sujeto y que a su vez dan testimonio de cómo el paciente o el analizante está organizado subjetivamente. El lazo transferencial permite la repetición (de síntomas y de actos). Conuerdo con Jacques Lacan en no utilizar el concepto de contra-transferencia que generalmente se utiliza para hacer referencia al lazo que parte del analista hacia el paciente. En el lazo transferencial, tanto analista como paciente están incluidos, en diferentes posiciones pero ambos están incluidos.

⁵⁴ Este detalle que parece nimio es de gran relevancia ya que para P.M., la cuestión del espacio, y del tiempo forma parte del corazón de su queja y como más adelante se verá, de su delirio. Respetar sus citas es darle un lugar y un tiempo.

⁵⁵ Para ese entonces P.M. estaba solicitando su acreditación como refugiado, estaba en espera de tal documento.

⁵⁶ Cuando hablo de psicosis —cuando confirmo una psicosis para lo cual me tomó mucho tiempo— me refiero a la presencia de ciertas características que me confirman tal diagnóstico. Una de ellas es el carácter fijo de ciertas ideas llamadas delirantes. Es decir, las ideas no cambian, ni con el tiempo, ni con la relación transferencial. Otra característica es la certeza. El sujeto sostiene sus ideas bajo la certeza que lo que dice es la verdad y nada más que la verdad, no hay lugar a la duda, no hay posibilidad de ningún movimiento. Por otro lado, una idea delirante generalmente se construye sobre el origen de un sujeto, sobre su naturaleza o su devenir: “*soy discípulo de Dios*” o “*una máquina del tiempo me dio a luz*” o “*soy un genio de las matemáticas*”. Piera Aulagnier, psicoanalista francesa quien contribuyó mucho en el campo de la psicosis, sostiene en su libro *El aprendizaje del historiador y el maestro-brujo* (1997) que toda idea delirante se construye siempre sobre el origen del sujeto. Por otro lado, los interpretadores delirantes ponen en evidencia que cualquier idea, por más lógica que pueda escucharse, como por ejemplo “*mi esposo me engaña*”, puede estar sostenida delirantemente. “*Me engaña con todas las del edificio quienes a su vez me dan a entender con su mirada que mi marido me pone el cuerno*”. Las manifestaciones que están asociadas a la psicosis como la presencia de ideas delirantes fijas, alucinaciones auditivas o sensoriales (escuchar voces, ver animales, objetos, personas ahí donde no están), sensaciones de despersonalización, desdoblamiento de imagen, o del lado de la inhibición donde puede aparecer el mutismo o una fuerte inhibición a socializar o relacionarse con el mundo, deben tomarse con mucha cautela, ya que a veces pueden presentarse una o varias de estas manifestaciones sin que por ello sea una psicosis.

La historia de su familia comienza a desplegarse con detalles, con nombres inclusive con humor. Una historia muy interesante en la que no me voy a adentrar, sólo diré que su historia –como muchas de las que encontramos en los casos de psicosis– está llena de muertes, asesinatos, envenenamientos, traiciones, sospechas. No se trata en esta ocasión sólo de la historia en su país sino también de la historia familiar, de la que él viene. Dice ser “víctima en todos los sentidos y en todos los terrenos”. El delirio de P.M. fue tomando cada vez más forma, más estructura, más organización en la medida en que el tratamiento fue avanzando. En un momento dado me dice que él es dueño de un terreno y me trae las escrituras, me explica durante varias sesiones cómo años atrás, él compró aquí, en México un terreno, antes de venir a este país. Es aquí donde vuelve a hablar del dinero que perdió por la compra de un terreno que nunca le fue dado. En esta ocasión, no habló de 100 mil dólares americanos, pero sí de una suma importante; llevó a su sesión por primera vez el contrato de compra-venta, un documento más –como testigo– de que tal venta se hizo. Tan implicada me sentí en este asunto que consulté a un abogado de Sin Fronteras en relación con los documentos que me había dado P.M. y gracias a ello pude comprobar que, en efecto, había sido víctima de un fraude aquí en México, con un dinero con el que él sí contaba años antes de devenir refugiado; su familia de origen tenía una buena posición económica. Sin embargo, a partir de que P.M. trae este documento de compra-venta tan celosamente resguardado por él, una idea empieza a tomar más fuerza: lo están persiguiendo para matarlo, su *nombre*⁵⁷ está registrado, es oficial. Su tema delirante se tornó alrededor del terreno que compró, me decía insistentemente “denme mi lugar, es mi terreno”. Escucha en la radio que ese terreno está a su nombre, lo siguen en un coche rojo, quieren matarlo no hay duda. La situación se va agravando, su delirio toma tonos religiosos: “Dios escribió mi nombre” y sin embargo sigue hablando de su familia y de cómo “ellos” (sin especificar quienes) necesitan matarlo para tener su lugar, quieren eliminar su nombre, “borrar su nombre para que ya no exista más”. Inclusive llega a decir que haberle robado su lugar es un “*crimen abominable*”.

Lamentablemente no pude hacer algo para detener o contener este delirio, fue visible que una vez que recuperó su voz, pudo hablar de su historia familiar

pero sólo en posición de “loco”. Testimoniar sobre su familia (gente con poder en el gobierno donde hubo traiciones, envenenamientos, asesinatos) le costó la vida psíquica a P.M. ¿Recuperar la voz para delirar? ¿Recuperar su voz para hablar de su dolor? Un caso donde el nombre propio no es cualquier cosa (para nadie de hecho), por esta razón poner sus siglas en vez de cambiarlo o maquillarlos me pareció muy importante. Porque P.M. tiene razón cuando dice que eliminar su nombre es eliminarlo a él. Esta es la historia del padre de P.M., quien siendo gemelo, eliminaron a su hermano. Una historia que incluye también a la madre cuya dudosa reputación y pocos cuidados hacia él, hacía que apenas pudiera hablar de ella.

Considero que el delirio es una denuncia, una forma de *dar testimonio* de un crimen al que puede denominarse “abominable”, sólo que muchas veces a quien se denuncia es o a la madre o al padre y eso tiene un costo altísimo para cualquier sujeto que no puede interrogarse sobre el deseo –a veces mortífero– de una madre o de un padre si no es volviéndose loco. P.M. dejó de asistir conmigo. Se le vio en Sin Fronteras y en ACNUR en un estado muy deteriorado, casi de indigente.

¿Por qué presentar este caso? De entrada, por las pocas probabilidades de encontrar un caso de psicosis relacionado con una situación traumática. En el caso de P.M., el accidente de trabajo representó para él una caída muy importante, lo que dio origen a una explosión delirante. Sin embargo, para ser más rigurosos, haber contado con un espacio donde su voz tuvo un lugar, le permitió a su vez hablar –aun cuando haya sido delirantemente– de eso que estaba a la base de sus constantes quejas dirigidas a las diferentes instituciones que le habían brindado apoyo.⁵⁸ A la base de sus quejas, estaba una historia familiar perversa de la que –como ocurre con frecuencia– sólo se puede hablar de ella enloquecidamente. Se afirma esto, no por trazar un destino sino como indicador de algo que uno constata en la clínica. La mayoría de las veces –desde la intervención clínica y desde mi experiencia– el delirio puede ser contenido una vez desplegado; lamentablemente no fue el caso de P.M., quien no pudo sostenerse de su propio espacio para pasar a otra fase del tratamiento encaminado a la cura.⁵⁹

⁵⁷ El tema del nombre (que incluye el nombre de pila como el apellido) en el contexto de la psicosis es muy interesante. Desarrollar este tema teóricamente sería motivo de otro artículo.

⁵⁸ A la característica de quejarse abierta, pública e intensamente, muchas veces agresivamente (del vecino, del jefe, de las instituciones) se le llama, *carácter querulante*. Y esta es una característica de la paranoia –que está en la base de una forma paranoica– sin que por ello se afirme, necesariamente, una psicosis. En el caso de P.M. el carácter querulante tomó la forma de una clara paranoia, es decir, de una psicosis.

⁵⁹ El lector se puede ir con la finta de concluir lo contraproducente que puede resultar ofrecer un espacio a un sujeto para que hable de su historia personal. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el efecto es contrario. Es cierto que el delirio puede tomar más forma pero esto no es más que parte de un proceso para pasar a la cura en otro momento.

Para decirlo claramente, *una neurosis traumática no es una psicosis*, ni el refugiado es un psicótico. Sin embargo, en una psicosis siempre encontramos situaciones traumáticas. Frieda Fromm-Reichmann –primera mujer de origen alemán que obtuvo su diploma de psiquiatría especializada en el campo de la psicosis– afirmaba que “a la base de toda psicosis, hay experiencias emocionalmente traumáticas” (Fromm-Reichmann, 1946:58).

II. A la escucha de los que escuchan al migrante

La segunda parte de este artículo da testimonio de mi experiencia de escuchar a los profesionistas de Sin Fronteras que, a su vez escuchan al demandante de asilo desde diferentes lugares: el psicólogo, el trabajador social o el abogado. En algunas ocasiones el grupo también se ha visto conformado por la recepcionista –función clave en el organigrama de la institución–, por la secretaria y por la encargada del aseo; lugares muy importantes en la dinámica del grupo. El espacio ofrecido ha tenido por objetivo la contención y la reflexión de casos paradigmáticos –a veces difíciles– o que por alguna razón incitan a los integrantes de la institución a plantear preguntas sobre su manejo. En otras palabras, el fin del grupo es promover la reflexión sobre las capacidades y límites (fronteras) propias del personal para mejorar la calidad de vida en su trabajo.

Si bien, aquí no se trata de terapeutas que propongan un espacio psicoterapéutico para el migrante –ya que esta modalidad como tal en no se ofrece actualmente en Sin Fronteras–, lo que es cierto es que escuchar las narrativas de los migrantes/refugiados no deja inmune a nadie. Estar en contacto cotidiano con historias de mucho dolor y violencia tiene efectos directos e indirectos sobre el personal de una institución que va desde el cuidado personal hasta la vivencia de crisis de angustia. A los efectos de este contacto cotidiano a situaciones traumáticas se le ha llamado “trauma vicario”. Así lo describe Carolina Carreño –actual coordinadora de Atención y Servicios en Sin Fronteras– en un documento publicado en 2012, intitulado *La importancia del cuidado para el equipo que atiende a personas expuestas a experiencias traumáticas*. En este trabajo Carreño escribe que tal denominación fue dada por Mc Cann y Pearlman en 1990 para referirse a síntomas traumáticos sufridos por los profesionales que trabajan con víctimas que han experimentado violencia extrema como violaciones, torturas, diversos tipos de vejámenes, asaltos con violencia, desmembramientos en guerras o accidentes, entre otras. Lo traumático se sitúa en la escucha reiterada de relatos horribles que

tienen la característica de lo impredecible, lo que escapa de control y la impotencia para actuar diferidamente frente a lo acontecido a la víctima (Torres, 2010:194-204, citado por Carreño, 2012:2-3).

Tomando en cuenta lo mencionado del llamado “trauma vicario”, lo leído en otros textos y artículos y basándome en mi propia experiencia con el personal de Sin Fronteras, los profesionistas que se encuentran en la situación de escuchar vivencias de lo traumático –sin importar desde qué lugar– tienen efectos en diferentes esferas, principalmente en lo emocional, en lo cognitivo y en lo somático (la implicación del cuerpo). Esto a su vez se ve reflejado en su rendimiento laboral –a veces entorpecido– como una consecuencia natural, sobre todo si el personal no está advertido de que ciertas manifestaciones o síntomas que padecen están en estrecha relación con su quehacer profesional.

En relación con *lo emocional* incluyo las contrastantes maneras de sentirse en distintos momentos del día en el contexto trabajo, aclarando que estas diversas manifestaciones se presentan en tiempos acotados, en momentos específicos o en algunos casos, con menor frecuencia, pueden instalarse por largos periodos de tiempo. Frente a lo que se escucha se puede responder *con angustia*, es decir, sentir un temor cuya fuente no es localizable pero que tiene inquieta a la persona que puede ser muy profesional pero siente que la angustia –experimentada en distintos niveles– la invade totalmente y que de ello no puede decir gran cosa. El hecho de que la fuente no sea localizable hace que la persona que está sintiendo la angustia no pueda hablar de ella porque no sabe cómo expresarla, qué palabras poner ni qué actitud tomar. Otra forma de responder es *con ansiedad* que, a diferencia de la angustia, la fuente sí es localizable, sin embargo la sensación a veces es de desamparo o de un gran sentimiento de soledad. Tanto la angustia como la ansiedad son manifestaciones que si bien tratándose de la segunda, la fuente puede ser localizable, en realidad, el origen está en otro lado. Muchas veces lo que se está viviendo en ese momento y la historia de vida personal se hilan con las historias escuchadas y despiertan focos de ansiedad y la sensación es que las palabras no alcanzan ni son precisas para explicar lo que se siente, ni sirven para detener la ansiedad.

Por otro lado, se puede responder también *con sentimientos de culpabilidad*, por no haber hecho algo en específico con algún migrante o por sí haber hecho algo determinado y que tal vez no debió ocurrir. Muchas veces la culpa se sitúa en un detalle nimio que representa

algo más de fondo; una vez más, haciendo referencia a algo que se teje con la historia de vida personal sin que ello aparezca conscientemente; con *sentimientos de pérdida* cuya sensación puede ser de haber perdido algo muy importante que a veces se puede manifestar desde un lápiz y ello representar una “gran pérdida”, hasta la memoria inmediata o mediata; es decir, la persona se siente distraída sin poder concentrarse a lo largo del día, pero tampoco puede decir en qué está pensando.

El sentimiento de pérdida es muy frecuente en el personal que trabaja en estos contextos y la descarga emocional como el llanto “*desmedido*” puede aparecer frente a la muerte de desconocidos (por ejemplo, las relatadas en la televisión por un ataque terrorista de un país lejano), de animales o de gente cercana pero con quien no se tiene ningún vínculo significativo. La intención de colocar comillas a lo “*desmedido*” es relativizar el adjetivo, ya que seguramente lo *desmedido* tiene que ver con otra medida que sí corresponde a una gran pérdida, pues, posiblemente, quien lo experimenta no ha elaborado su duelo. En otras palabras, si el personal que escucha historias de pérdidas tiene pérdidas personales no elaboradas, será ahí –en lo *impersonal*– donde eso emerge.

Asimismo, se puede responder con un sentimiento de gran frustración, muchas veces manifestada frente a la institución misma o a otras vinculadas a ella. El personal se puede frustrar por sentir que las cosas internamente no funcionan o que funcionan mal, que las leyes son muy injustas o están mal planteadas. Es decir, la frustración se centra en lo exterior o en lo administrativo sin poder ubicar que ese sentimiento está ligado con otro de impotencia al no poder ayudar como se quisiera con los casos escuchados. Muchas veces hay la ilusión de poder hacer más de lo que se hace. Finalmente, se puede responder con un gran sentimiento de tristeza o sentimientos depresivos como respuesta a una pérdida o a la impotencia. Esta respuesta no es ajena a lo que se entrelaza en ese momento con la vida personal del profesionalista o de quien escucha historias traumáticas.

Por otro lado, el demandante de asilo puede llegar a hacer –y esto se ve con frecuencia– un tipo de demanda masiva –al personal que lo recibe. Se trata de una demanda muchas veces desbordante, que puede llegar a descolocar al personal, tomando éste diversas respuestas. En este contexto es natural este tipo de demanda por las recientes vivencias traumáticas del migrante. Hay algunos autores, como Pierre Fédida

(2002) que en su texto *Crisis et contra-transfert* habla precisamente de las respuestas frente a este tipo de demanda. El hecho de que el migrante haya vivido una multiplicación de separaciones y pérdidas refuerza la intensidad de la demanda, donde el personal –sobre todo si se trata de psicólogos o trabajadores sociales– puede sentir una fuerte angustia de ser devorado por el otro, angustia a la que se le llama de devoración o de disolución. Las respuestas a este tipo de demanda, que se da en un contexto de situaciones extremas, las englobaré en *afectaciones cognitivas* aun cuando éstas toquen el campo de lo emocional.

Una respuesta a este tipo de demanda es experimentar una suerte de *alienación momentánea* que se manifiesta por una “*presión enorme*” dicha así por el personal. Por alienación me refiero a un tipo de ausencia psíquica que hace que uno se sienta lejos o en función *automática* frente al discurso del migrante. El personal siente que es invadido momentáneamente por un sentimiento extraño, raro, inquietante pero a su vez familiar. A este fenómeno Freud lo denominó *Das Unheimliche*, traducido como *lo ominoso*, para dar cuenta de eso que es extranjero/ajeno en uno pero a la vez íntimamente familiar (Freud, 1988:221-26). De hecho, esto es un punto en común con la clínica de la psicosis, donde la demanda también es de naturaleza masiva y muchas veces vivida como invasiva. Pero volvamos al contexto del migrante y del que lo escucha. Una de las posibles respuestas por parte del personal es *la suspensión del pensamiento*, es decir, éste puede sentir que al escuchar al migrante su mente se pone en blanco, no hay imágenes, no hay pensamientos. O inclusive, al momento de que el psicólogo, trabajador social o abogado tienen que reportar lo dicho por el migrante, las palabras no fluyen o salen con mucha dificultad. Estos espacios en blanco o detención del pensamiento ha sido estudiada por autores como Mélanie Klein, denominándolo *introyección proyectiva* y presentándolo como un mecanismo de defensa que se traduce por fantasías en las que el sujeto introduce su propia persona, ya sea en su totalidad o en parte en el interior del objeto ya sea para dañarlo, poseerlo o controlarlo (Laplanche y Pontalis, 1983:189). Se trata de una identificación que se puede experimentar al escuchar el discurso del migrante que toca puntos escindidos inconscientes y que para no desintegrarse psíquicamente, el escuchante se ausenta o tiene pensamientos o fantasías de que el migrante lo está engañando o que le está mintiendo.

Puede decirse que lo que está escuchando el personal es completamente improbable o inclusive llegar a pensar que tales actos “inhumanos” él mismo se los había creado. En un contexto donde la frontera entre los victimarios y las víctimas cada vez se desdibuja más o donde el personal da cuenta cada vez con mayor frecuencia con el hecho de recibir a los victimarios, es cierto que las mentiras o manipulaciones perversas en el discurso del migrante pueden darse. Sin embargo, no dejo de interrogarme si este tipo de pensamientos –que el otro que tengo frente a mí encarna un ser perverso– y que aparecen del lado del que escucha, son una forma defensiva para tolerar lo escuchado. A veces, después de tener este tipo de pensamientos, se puede llegar a sentir una cierta vergüenza por haberlos tenido, ya que uno parte del supuesto de que el personal debe permanecer neutral y sin juzgar. Son pensamientos que parasitan la escucha y que tal vez –esta es una hipótesis– se ponen en marcha para desalojar la propia desesperanza que habita en uno como un mecanismo de defensa. Esta modalidad de la identificación proyectiva, en la que se rechaza en el sujeto lo que el otro mismo rechaza en él mismo, permite que la angustia del que escucha encuentre una salida.⁶⁰

Otra modalidad de la identificación proyectiva es no creer en lo que se está escuchando, “¡Imposible, eso no puede pasar!”, identificándose con lo que el mismo migrante puede estar diciendo: “¡No puedo creer lo que me pasó!” Y finalmente, hay un efecto de esta identificación proyectiva que me parece importante señalar: se trata de la actuación (llamada técnicamente *acting-out*)⁶¹, que puede aparecer en el personal en relación con un migrante. El personal se siente empujado a “actuar” frente a la demanda desbordante del que está escuchando. Aquí pueden aparecer medidas tomadas drásticamente de cortar radicalmente de un momento a otro con un servicio (a veces psicológico, lo cual trae consecuencias graves), de tomar una posición no neutra frente al migrante o de tomar decisiones también de carácter radical en el seno de la institución en relación con un colega o a colegas afectando las relaciones de trabajo.

Por otro lado, las consecuencias en *lo somático* son muy importantes, ya que el personal ve afectada su vida tanto en lo cotidiano como en lo laboral. El en-

cuentro, directo o indirecto, con personas que han pasado por el caos y con experiencias cercanas a la muerte produce efectos notables en la subjetividad del personal que los escucha. Entre estos efectos puedo mencionar: dolores de cabeza frecuentes, de espalda, ataques del colon (colitis), gastritis, gripas constantes, sobrepeso y una sensación constante de cansancio. Incluyo también las pesadillas, dificultades para dormir, insomnio de todo tipo y las alteraciones en relación con la comida, desde perder el apetito a sólo pensar en comer y comer, pasando por una mala alimentación (comida chatarra). Con frecuencia escucho la escasa y muchas veces nula atención que el personal pone a su cuerpo y a sus dolencias, dejando pasar por periodos largos dolores que se van agravando con el paso del tiempo. A veces puede pasar que la hora de comer se “olvidó”, dejando de de lado casi todo el día su alimentación, u “olvidar”, inclusive, ir al baño. Estos “olvidos” también pasan por una dificultad en tomar días de descanso o vacaciones. Es como si el cuerpo tomara silenciosamente todo el escenario psíquico frente a la escucha del migrante. ¡Y cómo no! Si en el contexto de lo traumático, el cuerpo del refugiado es lo que está en primera escena; se sabe que el cuerpo es el soporte privilegiado cuando se reciben ataques incesantes al psiquismo en sufrimiento. Varios han sido los autores que han trabajado sobre el tema del cuerpo en contextos de traumatismo o de psicosis. Uno de ellos es Sandor Ferenczi, discípulo de Freud, quien en su libro *Journal clinique (Diario clínico)* (1985) plantea que en los momentos en los que el sistema psíquico falla, es el organismo el que comienza a pensar. De hecho, propone al soma como el lugar del porta-voz o testigo, ahí donde el lenguaje ha sido parcialmente abolido, como si el cuerpo se convirtiera en el refugio, en el lugar donde todos los males pueden converger. El cuerpo manifiesta algo de lo impensable, justo ahí donde el psiquismo ya no puede pensar nada. Frente a esto no sorprende –y al mismo tiempo sí– dar cuenta de los efectos en el cuerpo del personal que escucha a estas personas, cuyo sufrimiento muchas veces no pasa por la palabra sino por la expresión de sus dolores corporales.⁶² Es como si de pronto, un cierto registro en el cuerpo (del migrante) sólo pudiera comunicarse en el mismo registro pero de otro cuerpo

⁶⁰ De acuerdo a Mélanie Klein este mecanismo que “establece el prototipo de una relación de objeto agresiva” (Laplanche & Pontalis, 1983. p. 190) está en relación con la posición esquizo-afectiva en la que se produce una proyección fantasmática en el interior del cuerpo de la madre, de partes escindidas o de la totalidad de la persona del sujeto para mejor controlar su interior. Este fantasma está en la base de angustias de encierro y de persecución en el niño.

⁶¹ El *acting-out* es un término que se ha dejado en inglés y que se utiliza en psicoanálisis para hacer referencia a actos que presentan casi siempre un carácter impulsivo, relativamente aislable en el curso de sus actividades en contraste con lo habitual del individuo y que a menudo toma forma de auto- o hetero-agresividad. Cuando surge un *acting-out* se ve la señal de la emergencia de lo reprimido (Laplanche & Pontalis, 1983. p.5-6)

⁶² Como se vio en el caso de J.P.

(el del que escucha). Eso “no pensado” se recibe en el mismo registro como algo “no pensado”.

El lector puede dar cuenta de la diversidad en las manifestaciones tanto psíquicas como corporales a las que están expuestas el personal que escucha al migrante. Éste, a su vez, muestra y da cuenta de cómo lo traumático no sólo afecta su psiquismo sino también su cuerpo y su lenguaje. De cómo la angustia y la ansiedad pueden dar respuestas desde lo que se repite, lo que se olvida y lo que no se puede olvidar, lo que se mantiene en el presente, lo que se escinde, lo que se actúa, lo que se pierde. Eso, que parece tan extranjero y al mismo tiempo tan familiar y tan íntimo, puede quedar en el terreno de lo *impensable*, lo *irrepresentable*, lo *insimbolizable* y por lo tanto lo *inasimilable*. Estar advertidos de todas estas manifestaciones alcanza su importancia en la medida en que el personal, al tomar conciencia de los efectos que produce la escucha reiterada de vivencias traumáticas, puede ayudar al mismo tiempo a ubicar con mayor distancia malestares que se sienten en la vida cotidiana y laboral. Tomar conciencia es una parte, hacer algo con ello, es otra.

Termino este artículo dando testimonio de la presencia de otro tipo de manifestación que he encontrado en mi trabajo con el personal de Sin Fronteras, distinto a lo ya presentado. La demanda masiva o desbordante por parte del solicitante de asilo no sólo posibilita respuestas del lado de la angustia o ansiedad en el personal sino también del lado de la cohesión y unidad en el grupo. En una experiencia con el personal llevada en el 2012 escuché afirmaciones como: “Sin Fronteras es una escuela”, “Sin Fronteras es mi familia”. Frases que testimonian la posibilidad de hacer equipo frente a eso que angustia y que no sólo divide sino que también une. Al fin y al cabo, arriesgar el propio cuerpo para testimoniar, ¿no es una causa para hacer comunidad, es decir, para hacer un solo cuerpo, sin olvidar con ello las fronteras entre un sujeto y otro?

Felicito a Sin Fronteras por sus veinte años de recorrido y agradezco formar parte de éste en los últimos años.

Gracias.

Referencias

- Allouch, J. (1993) *Letra por letra. Traducir, transcribir, transliterar*. Buenos Aires: Ediciones Edelp (Ecole lacannienne de psychanalyse).
- Aulagnier P. (1997) *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Barrois, C. (1998) *Les Névroses traumatiques. Le psychothérapeute face aux détresse des chocs psychiques*. París: Dundod
- Pierre Bruno, Pierre (2010) *"Le père et ses noms"*. París: Érès.
- Carreño, C. (2012), *"La importancia del cuidado para el equipo que atiende a personas expuestas a experiencias traumáticas"*. México: Coordinación de Atención y Servicios de Sin Fronteras (documento interno).
- Chemama, R. y Vandermaersch, B (Dir.) (2010) *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu.
- Crocq, L., Sailhan, M. y Barraois, C. (1983) *Névroses traumatiques (névrose d'effroi, névrose de guerre)*. En: *Encyclopédie médicale et chirurgicale*. 37329, A 10, 2. 12 p.
- Davoine F. (1994) *La locura Wittgenstein*. México: Editorial Psicoanalítica de la Letra.
- Davoine, F. y Gaudillière, J.-M. (2006). "Histoire et trauma. La folie de guerres". París: Editions Stock.
- Fedida, P (2002) *Crisis et contra-transfert*. París: PUF
- Ferenczi, S. (1974 [1918]) *Psychanalyse de névrose de guerre*. En: *Oeuvres complètes*. Vol. III: 1919-1926. París: Éditions Payot.
- Ferenczi, S (1982 [1934]) *Reflexions sur le traumatisme*. En: *Oeuvres complètes*. Vol. IV, París: Éditions Payot.
- Ferenczi S. (1985) *Journal clinique, janvier-octobre 1932*. París: Éditions Payot.
- Freud, S. (1990 [1914]) *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)*. En: *Obras completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1988 [1919]) *Lo ominoso*. En: *Obras completas*. Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud S., (1989 [1939]) *Moisés y la religión monoteísta*. En: *Obras completas*. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud S., (1989 [1940]) *La escisión del Yo en el proceso defensivo*. En: *Obras completas*. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fromm-Reichman, F. (1946) *Psychoanalysis, Psychology and Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Janin, C. (1996) *Figures et destins du traumatisme*. París: Editions PUF.
- Lacan J. (1990 [1955-56]) *Las psicosis, seminario 3*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan J. (2005 [1955-56]) *La identificación, seminario 9*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1967) *Le vocabulaire de la psychanalyse*. París: Editorial PUF.
- Laplanche J. y Pontalis J.B. (1983). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor.
- Levi, P. (1986) *Los hundidos y los salvados*. Madrid: Península.
- Torres, P. (2010), *Trauma vicario y catástrofes: propuestas para el autocuidado de equipos con dramaterapia*. En: *Gaceta de psiquiatría Universitaria* 6 (2).
- Petre, E. (2010-2014) *La vie psychique des réfugiés*. París: Petit Bibliothèque Payot.

Anexo 1.

CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL

Este cuestionario tiene como objetivo conocer cómo se encuentra el estado emocional de las personas recién llegadas a México. Por lo que si te encuentras de acuerdo en que **SIN FRONTERAS IAP** recopile la información y haga uso de este formulario respetando siempre la confidencialidad de las personas, escribe tu firma en el siguiente renglón:

FIRMA _____

Lugar de nacimiento _____ Nacionalidad _____ Edad _____

Responde las siguientes preguntas marcando con una "X":

Mujer _____ Hombre _____

Estado civil:

Soltero () Casado () Unión libre () Divorciado () Separado ()

Escolaridad:

Sin estudios () Primaria () Secundaria () Técnico () Universitario () Otro ()

¿Cuál o cuáles son los motivos principales por los que decidió salir de su país?

Razones económicas () Razones familiares () Violencia (en su país, por amenazas, acoso, por violencia sexual, secuestro, tortura, etc.) () Persecución (por raza, género, opinión política, preferencia sexual, nacionalidad) () Desastre natural () Estudiar ()

¿Es la primera vez que sale de su país?

Sí () No () ¿Cuántas veces ha salido de su país? _____

¿Es su primera vez en México?

Sí () No () ¿Cuántas veces ha estado en territorio mexicano? _____

¿Cuenta con algún documento migratorio?

Sí () No ()

Si su respuesta fue positiva, por favor marque con una "X" con cuál es el que cuenta

Doc. por razones humanitarias () Residente permanente () Residente temporal () Turista ()

En México se encuentra:

Solo () Con familiares () Con amigos ()

En **SIN FRONTERAS IAP** valoramos su experiencia y opinión por lo que a continuación le pedimos que marque con una "X" la casilla con la cual usted se sienta más identificado con respecto las afirmaciones siguientes. No hay respuestas correctas ni incorrectas (**recuerda que sólo debes de marcar una casilla**).

Durante los últimos tres meses se ha sentido...	Nada	Poco	Regular	Mucho
Mareado				
Cansado o sin energía				
Nervioso				
Con presión en la cabeza				
Con temores o miedos				
Pocas ganas de comer				
Sin esperanza				
Que le ha costado acordarse de las cosas				
Que le falta el aire				
Preocupado				
Con dolores musculares				
Le cuesta trabajo pensar				
Hormigueo en partes de su cuerpo				
Que se enoja de todo				
Que no tiene ganas de hacer nada				
Mucho miedo y ganas de salir corriendo				
Desguanzado o con el cuerpo caído				
Le cuesta trabajo poner atención				
Ha tratado de dormir y no puede				
Se ha despertado y no puede volverse a dormir				

Escala de ocurrencia e intensidad del estrés migratorio

	Nada	Poco	Regular	Mucho
Piensa que es difícil adaptarse a la vida aquí				
Se siente preocupado por no conocer la ciudad				
Le preocupa salir a la calle				
Ha tenido problemas para comunicarse con otras personas por su acento o por utilizar palabras que algunas personas no entienden				
Le preocupa no tener amistades				
Se siente solo				

Escala de estrés aculturativo

Desde su llegada a México se ha sentido...	Nada	Poco	Regular	Mucho
Se ha sentido angustiado sin saber por qué				
Se ha sentido triste sin saber por qué				
Se le dificulta conocer gente nueva				
Se siente solo				
Habla con otras personas acerca de sus sentimientos				
Le es difícil acostumbrarse a las tradiciones de México				
Le es difícil acostumbrarse a comer cosas distintas				

Si usted es o fue víctima de violencia (sexual, persecución, amenazas, tortura, acoso, secuestro, etc.) marque con una "X" la casilla que considere que más se asemeja a su estado emocional después de haber vivido el evento:

Evento traumático	Nada	Poco	Regular	Mucho
¿Ha tenido imágenes, recuerdos, pensamientos dolorosos del evento?				
¿Ha tenido pesadillas sobre el acontecimiento?				
¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?				
Después del evento, ¿ha tenido temblores, taquicardia, sudores, náuseas, diarrea de repente?				
¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?				
¿Se ha sentido distante o alejado de las personas?				
Sentimientos de culpa				
Cambios bruscos en su estado de ánimo				
Tendencia a sobresaltarse ante ruidos súbditos o movimientos inesperados				
Dolor de cabeza				
Dolor de estómago				
Presión alta				

