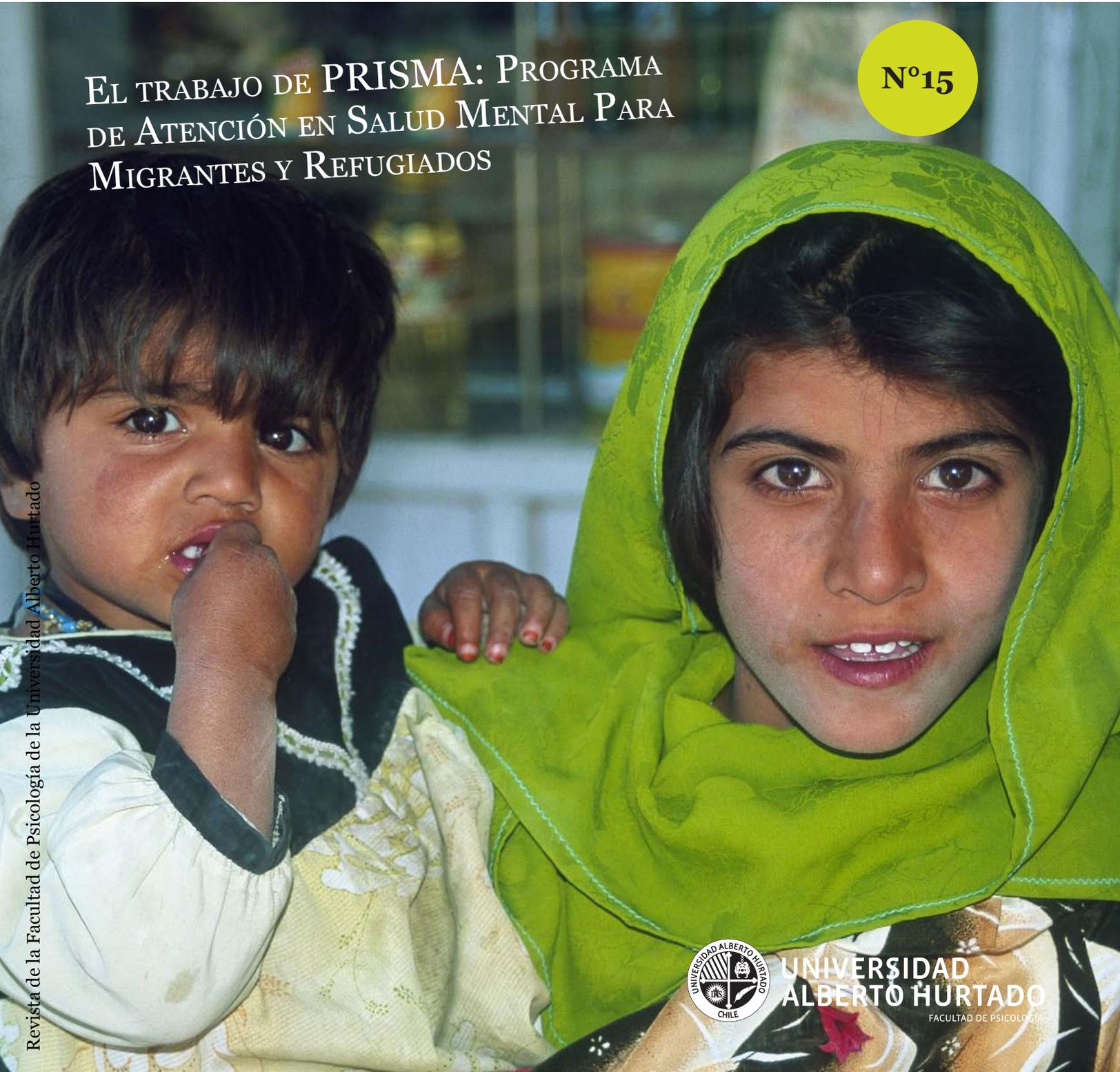


# Psicología Hoy

EL TRABAJO DE PRISMA: PROGRAMA  
DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA  
MIGRANTES Y REFUGIADOS

N°15





# Salud mental y migración: el trabajo de PRISMA

*Margarita Becerra Lizana\* y Laura Altimir Colao\*\**

*\*Psicóloga y Licenciada en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomada en Estudios Complementarios en Antropología DEC, Universidad Católica de Lovaina (UCL), Bélgica. Post grado en Terapia Familiar e Intervención Sistémica, Institut Provincial de Formation Sociale, Namur, Bélgica. Directora Programa PRISMA*

*\*\*Psicóloga y Licenciada en Psicología, Universidad Diego Portales. Magister en Psicología Clínica: Mención Estudios de la Familia y la Pareja, Universidad Diego Portales. Post Título en Terapia Sistémica de Familias y Parejas, Instituto Chileno de Terapia Familiar (ICHTF). Psicóloga Programa PRISMA*

Chile, al igual que otros países de la región, está inserto en un proceso globalizado de progresiva migración. Este fenómeno ha generado el establecimiento de un grupo cada vez mayor y heterogéneo de personas de origen extranjero que residen en nuestro país y que, por lo tanto, están sujetos a las leyes, deberes y derechos del contexto nacional. A pesar de que ha habido iniciativas legislativas para incorporar a esta población de manera justa a nuestra sociedad, en la práctica las dificultades se multiplican. Desde la aplicación de leyes y normativas, hasta la realidad de la vida en colectividad, posibilitan por una parte, la discriminación, los prejuicios, condiciones laborales y económicas precarias, y por otra, la falta de información acerca del acceso a servicios y posibilidad de ejercicio de derechos.

La migración es un fenómeno complejo cuyas repercusiones en la salud y salud mental se encuentran en proceso de ser dimensionadas. Como antecedente, estudios demuestran que el migrante

tiene una adecuada salud física al momento de su llegada al país de acogida. Sin embargo, al entrar en juego variables socioeconómicas y estructurales que puedan empobrecer la situación de vida y producir un deterioro de las condiciones de salud, disminuye el bienestar psicosocial del que gozaban en su país de origen (Vázquez-De Kartzow, R., 2010; Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008; Demoscópica, 2009).

Todos estos factores contribuyen a que las personas migrantes queden en una situación de vulnerabilidad social. Se suman también, condiciones de vulnerabilidad personal, especialmente cuando experimentan la enfermedad en un contexto que les es ajeno y donde, además, hay falta de soporte social y sufrimiento asociado a la exclusión. Es ahí donde se hace evidente la falta de recursos del migrante para recuperar su estado de salud (Núñez, L., 2008). Cuando la persona se enferma, intenta mejorarse utilizando los marcos de referencia y recursos que les son familiares y accesibles y que les proporcionan conocimiento acerca de cómo enfrentar la enfermedad. Para un creciente número de personas migrantes, este apoyo desaparece una vez que llegan al país de acogida, donde la mantención de la salud no siempre es posible.

En el ámbito sanitario, Chile ha realizado importantes avances para garantizar el acceso y la equidad de la población migrante al sistema de salud pública, en particular en la protección de grupos vulnerables como mujeres embarazadas, niños y niñas menores de 18 años (en cualquier situación migratoria), además de asegurar atención de urgencia para población migrante general. Sin embargo, la implementación de estas iniciativas legislativas se dificulta por la insuficiente difusión de las normativas y la falta de capacitación de los profesionales de la salud frente a contextos y temáticas migratorias.

La situación del migrante económico y las condiciones de vulnerabilidad social y personal mencionadas, son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad mental. Se agregan las brechas idiomáticas y culturales, además de la dispersión geográfica de las familias, que puede deteriorar los vínculos afectivos cercanos, redes de apoyo fundamentales en caso de necesidad.

Existen evidencias científicas que señalan la presencia importante de trastornos del ánimo y de ansiedad en esta población. Sin embargo, revisando estudios nacionales e internacionales referentes a migración y variables en salud mental, se constata que los hallazgos no son concluyentes. Esto, ya que el diseño metodológico de los estudios es diverso, los tipos de muestreo son variables y los instrumentos de medición no están adaptados ni estandarizados a la heterogeneidad que caracteriza a esta población (Becerra, M. y Altimir, L., 2012).

Resulta relevante entonces, comprender las necesidades específicas de esta población en el área de la salud mental. Relevante esta temática apela al acceso y a la oferta de servicios en calidad de igualdad y equidad, y constituye un intento por acortar la brecha social que se ha generado con el desarrollo histórico del fenómeno migratorio, en particular en este ámbito.

Buscando responder directamente al desafío de ofrecer atención en salud mental para la población migrante, solicitante de asilo y refugiada, la Facultad de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado desarrolla el Programa PRISMA: Programa de Atención en Salud Mental para Migrantes y Refugiados. Este programa ofrece servicios que incluyen psicoterapia individual, familiar y de pareja, intervención en crisis, intervención psicosocial y co-terapia psiquiátrica. Además del desarrollo de líneas de in-

vestigación clínica con población migrante y de docencia clínica.

Desde su creación en el año 2008, PRISMA ha logrado poner a disposición de la población un equipo de profesionales compuesto por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y sociólogos. El modelo de trabajo es interdisciplinario e incorpora de manera transversal la dimensión intercultural y el anclaje contextual de la especificidad de la experiencia migratoria y de refugio. Además, el programa trabaja de manera interinstitucional, en estrecha vinculación con iniciativas afines, tanto académicas como de la sociedad civil, de organismos internacionales y del estado.

La experiencia recogida desde el quehacer clínico y psicosocial, junto con la investigación clínica con casos de personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, han revelado problemáticas que integran múltiples dimensiones: jurídicas, sociales, psicosociales, psicológicas y somáticas. Estas y otras dimensiones se entrelazan e interactúan entre sí y están ancladas en contextos regionales y nacionales, políticos, económicos, tanto colectivos como individuales, generando escenarios de intervención de alta complejidad.

En este sentido, la detección, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de casos de personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, requieren de una mirada crítica, que interrogue los dispositivos tradicionales de intervención interdisciplinaria en salud mental, incorporando la multidimensionalidad del fenómeno migratorio y la perspectiva subjetiva del migrante. Es así como desde PRISMA damos cuenta de la apremiante necesidad de formalizar servicios específicos en salud mental para nuestros usuarios, una realidad que está invisibilizada por desconocimiento de la especificidad temática y la falta de políticas públicas en salud mental asociadas a la migración. ●

## Referencias

- Becerra, M. y Altimir, L. (2012) El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental. En ACNUR, OIM, UNICEF (Ed.) Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile: Avances y desafíos. Santiago: Andros Impresores.
- Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile (2008). Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. Santiago: Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- Courtis, C. (2010). Marcos institucionales, normativos y de políticas sobre migración internacional en Argentina, Chile y Ecuador. En Martínez, J. (Ed.), Migración Internacional en América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Demoscópica (2009). Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la Zona Norte de la Región Metropolitana. Santiago: Demoscópica S.A., Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- Fernández, R. y Stefoni, C. (2011). Mujeres inmigrantes en el trabajo doméstico: entre el servilismo y los derechos. En Stefoni, C. (Ed.), Mujeres inmigrantes en Chile. ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos? Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Chile.
- Núñez, L. (2008). Living on the Margins: Illness and Healthcare among Peruvian Migrants in Chile. (Doctoral Thesis, Faculty of Medicine, Leiden University Medical Center (LUMC), 2008). Netherlands: Leiden University.
- Vásquez-De Kartzow, R. (2010). Nuevos actores de la epidemiología en tiempos de globalización. En Agar Corbinos, L. (coord.) Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas, Editorial Biplano, OIM/OPS/MINSAL, Santiago.



*\*Psicóloga y Licenciada en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomada en Estudios Complementarios en Antropología DEC, Universidad Católica de Lovaina (UCL), Bélgica. Post grado en Terapia Familiar e Intervención Sistémica, Institut Provincial de Formation Sociale, Namur, Bélgica. Directora Programa PRISMA*

*\*\*Psicóloga y Licenciada en Psicología, Universidad Diego Portales. Magister en Psicología Clínica: Mención Estudios de la Familia y la Pareja, Universidad Diego Portales. Post Título en Terapia Sistémica de Familias y Parejas, Instituto Chileno de Terapia Familiar (ICHTF). Psicóloga Programa PRISMA*

vel normativo nacional las obligaciones internacionales ratificadas por nuestro país en relación a la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados<sup>1</sup>.

La mayoría de los refugiados que hoy están en nuestro país huyen de situaciones de violencia (generalizada, agresión extranjera, conflictos internos, violación masiva a los derechos humanos) y persecución (raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social, opinión política). Pese a que en Chile no tienen una barrera idiomática, deben superar numerosos obstáculos. Esta población se enfrenta a problemáticas de integración social, cultural y económica similares a la población inmigrante, en particular en lo referente a las precarias condiciones estructurales a las cuales se ven expuestos en nuestro país (económicas, laborales y del entorno físico). Además, se le agrega la ruptura con el país de origen, agravada por el brusco e involuntario desarraigo, junto con la exposición a experiencias traumáticas (psicológicas y físicas), que impactan profundamente en las condiciones de salud y salud mental de estas personas.

Debido a la complejidad que representa la temática de refugio en salud mental, los profesionales que están en contacto con esta población deben desarrollar competencias específicas que resultan esenciales para el abordaje de los casos y sus múltiples variables intervinientes. Primero, es necesario tener una comprensión de las normativas internacionales y nacionales, así como del procedimiento de reconocimiento de la condición de refugiado en nuestro país, como bases contextuales que enmarcan y determinan procesos de integración de estas personas. Luego, al momento de pensar y realizar intervenciones, se requiere coordinar e integrar el trabajo con disciplinas afines del ámbito interdisciplinar (social, jurídica, médica, educativa, otros.). De manera complementaria, se hace imprescindible colaborar con actores estatales y de la sociedad civil, para el logro de apoyos específicos o entrega de recursos. Esto implica muchas veces gran dedicación y sobrecarga para los profesionales intervinientes.

El equipo de salud mental abocado a la atención de refugiados necesita de la comprensión de la dimensión intercultural del encuentro con pacientes de orígenes diversos, lo que implica flexibilidad del encuadre de las atenciones, apertura de la perspectiva disciplinar y, sobre todo, cautela a la hora de diagnosticar. Además, debe tener conocimientos en el tratamiento del trauma, junto con la capacidad de responder de manera ágil y movilizar rápidamente múltiples recursos para el abordaje de crisis y urgencias (psiquiátricas y psicosociales). Por sobre todo, se hace fundamental el acercamiento a la realidad del otro en una relación respetuosa, paciente y humilde, a través de un vínculo (terapéutico) suficientemente sólido, resistente y adaptativo, donde se reconoce la experiencia subjetiva y su anclaje en una realidad que debe ser reconocida también como colectiva. ●

# Refugiados en Chile, una realidad

Margarita Becerra Lizana\* y Laura Altimir Colao\*\*

En la última década, Chile se ha convertido en un Estado receptor de solicitantes de asilo, de refugiados y de reasentados, transformándose en un destino seguro que alberga hoy mayoritariamente refugiados colombianos y reasentados provenientes no sólo de las Américas, sino también de otras regiones como Medio Oriente y África. Este hecho ha puesto a prueba la capacidad del Estado y de la sociedad chilena para desarrollar procedimientos de reconocimiento de la condición de refugiados e integrar a estas personas que llegan a Chile buscando protección. La aprobación de una nueva ley de refugio, la Ley 20.430 y de su reglamento Decreto 837 de 2010, ha marcado un hito importante, en un esfuerzo por desarrollar a ni-

<sup>1</sup>Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, 189 U.N.T.S. 150, entrada en vigor 22 de abril de 1954; Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, A.G. res. 45158, anexo, 45 U.N. GAOR Supp. (No. 49A) p. 262 ONU Doc. A/45/49 (1990), entrada en vigor 1 julio 2003; Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados, Opinión Consultiva OC-18/03, 17 de Septiembre de 2003, Corte I.D.H. (Ser. A) No. 18 (2003).



# ¿Quién es el paciente migrante y cómo se manifiesta su malestar?

Margarita Becerra Lizana\*, Laura Altimir Colao\*\* y Alexandra Solis Briones\*\*\*

\*Psicóloga y Licenciada en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomada en Estudios Complementarios en Antropología DEC, Universidad Católica de Lovaina (UCL), Bélgica. Post grado en Terapia Familiar e Intervención Sistémica, Institut Provincial de Formation Sociale, Namur, Bélgica. Directora Programa PRISMA

\*\*Psicóloga y Licenciada en Psicología, Universidad Diego Portales. Magister en Psicología Clínica: Mención Estudios de la Familia y la Pareja, Universidad Diego Portales. Post Título en Terapia Sistémica de Familias y Parejas, Instituto Chileno de Terapia Familiar (ICHTF). Psicóloga Programa PRISMA

\*\*\* Socióloga, Universidad Alberto Hurtado. Asistente de investigación Programa PRISMA

Durante los años 2011 y 2012, el área de investigación<sup>1</sup> del Programa PRISMA realizó una investigación orientado a describir y analizar la especificidad de las necesidades de atención en salud mental de la población usuaria, desde el punto de vista clínico (el malestar subjetivo expresado y su correlato sintomatológico) y psicosocial (sus elementos de contexto), de manera de identificar potenciales adecuaciones del modelo de atención a las características de las personas migrantes. A continuación, algunos resultados del estudio:

En base a una muestra de 206 pacientes atendidos entre el año 2009 y 2011, se observa que el origen de la población usuaria es muy diverso (ver gráfico de nacionalidades). Sin embargo, nuestros usuarios son principalmente de nacionalidad peruana (52.4%) y colombiana (25.4%).



Se observa además que las personas que consultan a PRISMA son en su mayoría mujeres (73%), con un promedio de edad de 33 años (edad laboral activa), con altos niveles de escolaridad (en un 42,9% educación superior) y que se desempeñan en su mayoría en trabajos informales y precarios. La mayoría de estos datos concuerdan con información censal nacional y registros estadísticos del Departamento de Extranjería y Migración a la fecha.

La alta presencia de mujeres, coincide con el proceso de feminización de las migraciones en América Latina, ampliamente estudiado (Martínez, J., 2003). Datos cualitativos de la investigación revelan que la población consultante femenina manifiesta múltiples motivaciones para migrar, entre las cuales se encuentran la movilidad social, y la búsqueda de oportunidades laborales y económicas. Con todo, la mujer migrante aparece como sujeto de autonomía y agencia.

Específicamente, respecto a los elementos clínicos, la mayoría de las atenciones en salud mental se concentra entre el primero y el quinto año de residencia en Chile (72,6%), con una concentración en el primer año. Esto puede ser entendido desde la exposición a estresores ambientales y psicosociales en el primer período migratorio, y su consecuente impacto en la salud mental.

El estudio indica también que las personas llegan a consultar por sintomatología ansiosa y depresiva, y con demandas a nivel relacional (familiar, de pareja, comunitario y social). Las expectativas manifestadas por los usuarios, dan cuenta de la necesidad

de ayuda relacionada con: alivio sintomático, acogida empática, orientación, comprensión del problema que los aqueja, así como la búsqueda de solución.

En relación a la modalidad de atención de nuestros pacientes, más de la mitad realizó un proceso psicoterapéutico, ya sea individual, familiar o de pareja, según la demanda y la indicación clínica. Se observa, además, una gran cantidad de intervenciones “en crisis” (23.8%), que revelan la cualidad emergente de los problemas que los aquejan, donde el contexto de vulnerabilidad social y la situación de fragilidad emocional de los mismos, puede convertir cualquier evento negativo inesperado en una situación crítica para el paciente.

El análisis cualitativo en torno a la percepción de los usuarios, destaca que el Programa PRISMA es significado como un espacio de acogida especializada. La “disponibilidad”, la “paciencia”, el “buen trato”, la “flexibilidad”, la “actitud no interpretativa”, resultan fundamentales como ejes del encuadre. Se agregan la experiencia y el conocimiento acerca del manejo de elementos culturales, esenciales en el encuentro terapéutico con personas migrantes.

“... Que hablen inglés, es mucho más cómodo para los pacientes extranjeros... y los terapeutas ya tienen experiencias con los pacientes extranjeros, entienden, porque si no tengo que explicarle todo, porque soy extranjera y tengo límite de expresiones...”, señala una de las entrevistadas.

Por último, el trabajo de intervención y acompañamiento en equipo interdisciplinario biopsicosocial es señalado de manera relevante por los pacientes, en su rol contenedor de las dificultades en salud mental presentadas por los mismos. Esto confirma la necesidad del abordaje integral de las problemáticas que afectan a nuestros usuarios.

La aproximación en salud mental con personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, presenta numerosos desafíos. Concretamente en la investigación clínica: la delimitación del objeto de estudio, exige acotarlo en el tiempo y en el espacio, (ejercicio imprescindible de rigor científico) sin embargo, las características esenciales de las personas migrantes son su diversidad y su movilidad, lo que presenta serias dificultades a la hora de identificar su particularidad, interrogando las bases mismas de generación de conocimiento con esta población. Aun así, se hace imperativo el intento por sistematizar elementos que perfilen al sujeto migrante consultante, en vista de rescatar características específicas relevantes a la hora de generar dispositivos de intervención en salud mental para esta población. ●

“Análisis de las características específicas clínicas y psicosociales de la población migrante usuaria del Programa de Salud Mental para Migrantes y Refugiados PRISMA, y su percepción en relación a la atención que reciben”, Fondos de Fomento a la Investigación para Académicos UAH, año 2011-2012.

## Referencias

Martínez, J. (2003) Birds of passage are also women: La participación de las mujeres en la migración internacional. Cap III en El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género. Serie Población y Desarrollo CEPAL/CELADE. Santiago de Chile.

# PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO

EXIGENCIA.

SOMOS **1** DE LAS **3** UNIVERSIDADES PRIVADAS CON MÁS ALTO PROMEDIO PSU PARA PSICOLOGÍA\*  
**BUSCAMOS A LOS MEJORES**

ADMISIÓN **2013**  
 PROMEDIO **PSU 617** CON UNA COBERTURA DE VACANTES DEL **106%**

\*FUENTE: CONSEJO SUPERIOR DE EDUCACIÓN, 2010, RM



EXPERIENCIA PRÁCTICA.

NUESTRA ESCUELA CUENTA CON **SALA DE ESPEJOS** Y UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA ABIERTO A LA COMUNIDAD

ADMISIÓN.



LA UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO AHORA ES PARTE DEL **SISTEMA ÚNICO DE ADMISIÓN** DE LAS UNIVERSIDADES TRADICIONALES

CALIDAD ACADÉMICA.

EL **85%** DE NUESTROS PROFESORES DE PLANTA TIENE ESTUDIOS DE POSTGRADO

EL **54%** TIENE UN DOCTORADO

Y CONTAMOS CON **1 PROFESOR POR CADA 9 ALUMNOS**

**\*ACREDITACIÓN:**  
 Diciembre 2012 a diciembre 2017  
 Qualitas

TRABAJAMOS POR EL BIENESTAR DE LA SOCIEDAD →