

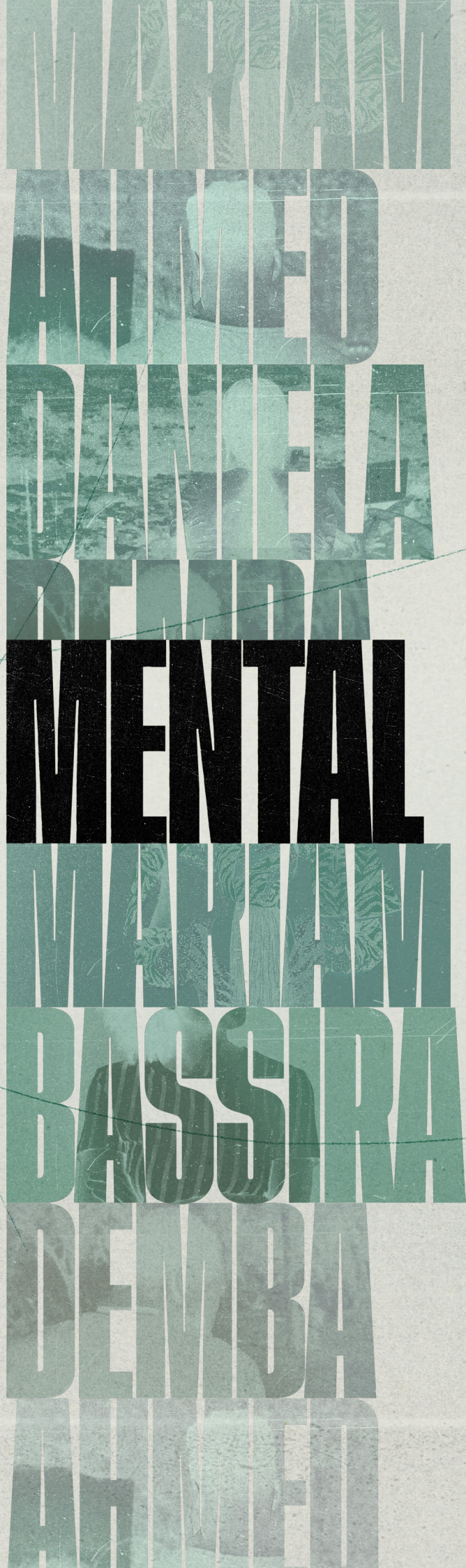


GUÍA METODOLÓGICA

SALUD

MENTAL

**ACOMPañAMIENTO
PSICOSOCIAL Y
ATENCIÓN EN SALUD
MENTAL CON POBLACION
VULNERABILIZADA**



MARIAM

ANDUE

DANIELA

DEMBA

MARIAM

BASSIRA

DEMBA

ANDUE

Autoría

Eva María Gallego Llerena

Grupo de Trabajo y Equipo de intervención
en Salud Mental y Acompañamiento
psicosocial de Médicos del Mundo.

Coordinación

Susana Vicente Andueza

Diseño y maquetación

Alberto Sernández

GUÍA METODOLÓGICA

ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL CON POBLACIÓN VULNERABILIZADA



ÍNDICE

1. Introducción	7
2. Enfoques para el acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental con población vulnerabilizada	10
2.1. El enfoque psicosocial	10
2.2. Enfoque antropológico y psicología transcultural	13
2.3. Enfoque de género y Derechos Humanos	15
3. Tipos de intervención y contextos	17
3.1. Tipos de la intervención	17
3.2. Contextos de intervención	18
4. Condicionantes psicosociales de la intervención	26
4.1. Apuntes sobre duelo migratorio	26
4.2. Apuntes sobre violencias de género	34
4.3. Apuntes sobre trauma	39
5. Detección e intervención: ¿Cómo acompañar?	44
5.1. Propuesta de intervención individualizada	44
5.2. Intervención grupal	47
6. Técnicas y herramientas: ¿Con qué recursos intervenir?	48
6.1. Técnicas y herramientas para la intervención terapéutica	48
6.2. Técnicas de Trabajo en casos de Trauma y TEPT	50
7. Herramientas y dinámicas para el trabajo psicosocial	52
7.1. Experiencias de intervenciones de acompañamiento psicosocial individual	52
7.2. Propuestas prácticas para la intervención	56

8. El trabajo con los equipos de intervención directa	64
8.1. Prevención de riesgos psicosociales específicos	64
8.2. Entrenamiento en primeros auxilios psicológicos	67
9. Conclusiones y recomendaciones	69
9.1. Conclusiones	69
9.2. Recomendaciones	70
10. Bibliografía y Referencias	74

**“EL SABER PSICOLÓGICO DEBE PONERSE
AL SERVICIO DE UNA SOCIEDAD DONDE EL
BIENESTAR DE LOS MENOS NO SE ASIENTE
SOBRE EL MALESTAR DE LOS MÁS, DONDE
LA REALIZACIÓN DE LOS UNOS NO REQUIERA
LA NEGACIÓN DE LOS OTROS, DONDE EL
INTERÉS DE LOS POCOS NO EXIJA LA
DESHUMANIZACIÓN”**

IGNACIO MARTÍN-BARÓ

1. INTRODUCCIÓN

Médicos del Mundo España entiende la salud mental desde su acepción más amplia, acorde con la OMS que la 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”.¹

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición que figura en la Constitución de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Asimismo, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aprobados por la comunidad internacional, la salud mental aparece como una prioridad emergente global, y así queda reflejado en las metas 4 y 5 del objetivo 3 referente a salud y bienestar:

- Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

Algunos datos que ayudan a dimensionar la necesidad de abordar la salud mental en población vulnerabilizada son los siguientes:

- Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños, niñas y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años y en todas las culturas se observan tipos de trastornos similares (OMS, 2018).
- Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo (OMS, 2014).
- Cada año se suicidan más de 800.000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años (OMS, 2019).
- Guerras, conflictos y catástrofes naturales tienen efectos importantes en la salud mental y el bienestar psicosocial de la población.
- El impacto del género: la presión ejercida por las múltiples funciones que deben desempeñar, la discriminación de género y los factores asociados con la pobreza, el hambre, la malnutrición, el exceso de trabajo, las múltiples manifestaciones de violencias de género y los abusos sexuales explican

1 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

la deficiente salud mental de las mujeres. Existe una relación positiva entre la frecuencia y la severidad de tales factores sociales y la frecuencia y severidad de los problemas de salud mental en las mujeres. Las desigualdades de género también perjudican la salud mental de los hombres. La educación en valores tales como la autosuficiencia, la fuerza, la autonomía o la toma de riesgos, conlleva que los hombres soliciten menos y más tarde el apoyo profesional, tengan prácticas de riesgo para su salud y ejerzan violencia sobre otros hombres y sobre las mujeres.

- Las relaciones entre pobreza y salud mental siguen una lógica circular, en situaciones socioeconómicas adversas se incrementa la probabilidad de experimentar problemas de salud mental. A su vez, el desarrollo de la enfermedad mental implica un mayor riesgo de exclusión, vinculada, en muchos casos al estigma. La pobreza implica una mayor exposición a estresores de todo tipo (tensiones económicas, conflictos familiares, inestabilidad residencial, dificultades de acceso al empleo y a la vivienda, mayor riesgo de exposición a situaciones violentas y traumáticas, discriminación social, etc.). En definitiva, las personas con vulnerabilidades están sometidas a unas circunstancias sobre las que difícilmente tienen control y generan, por tanto, sensaciones de indefensión. Esta exposición continuada al estrés se ha relacionado con consecuencias negativas a través del fenómeno de estrés crónico. Tal y como lo define la American Psychological Association (2018), el estrés crónico se vincula a las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Entre los efectos adversos se encuentran una mayor incidencia de depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático y adicciones, entre otras. Los problemas vinculados a la salud mental, a su vez, dificultan el desarrollo sociolaboral y formativo que una persona puede llegar a alcanzar. Además, las personas con trastorno mental no pocas veces han de hacer frente al estigma social y a los prejuicios, lo que implica una barrera añadida a la hora de salir de un contexto de elevado riesgo de pobreza y exclusión.¹
- Aparte de las distintas problemáticas sociales descritas en el punto anterior, es importante poner el foco en el impacto de determinadas vulneraciones de derechos como son las migraciones forzosas o las violencias de género, que se entrecruzan en fenómenos como la trata de seres humanos y que implican una vulneración muy severa marcada por múltiples violencias que genera impactos graves tanto en la salud física como en la mental y que condicionan la vida de las personas supervivientes a estas situaciones.

La salud mental es uno de los aspectos que más gravemente se puede ver afectado en personas que han sufrido situaciones de desprotección, exclusión y violencia, como el caso de las personas con las Médicos del Mundo interviene. En el estudio "Salud mental en personas vulnerabilizadas" realizado a lo largo de 2022 se identifican los siguientes impactos en la salud mental:

1 Fuente: De Carlo C. Universidad Loyola de Chicago (2013).

- Entre los factores de riesgo más presentes para la salud mental se encuentran las agresiones y distintas formas de violencia de género, las situaciones cronificadas de sinhogarismo y prostitución, así como el abuso del consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento.
- En cuanto a las situaciones de salud mental y las dificultades de acceso al sistema de salud nos encontramos con una mayoría de personas migrantes que en sus países de origen nunca obtuvieron un diagnóstico de salud mental.
- Con respecto a las barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud y a los servicios específicos de Salud mental, se detectan barreras estructurales como la dificultad de conseguir una derivación a Salud mental y la demora de las citas. Aunque estas barreras son compartidas con la población general, en el caso de personas en contextos de vulnerabilidad y exclusión, imposibilitan por completo el acceso a los recursos.
- Además, a un nivel más subjetivo, se identifican barreras más vinculadas a la aceptabilidad: no prestar atención al contexto de exclusión, no ofrecer servicios específicos, como interpretación lingüística, o no tener en cuenta el contexto cultural.
- En cuanto a problemáticas específicas vinculadas a los factores de riesgo e identificadas por las y los profesionales de Salud mental y acompañamiento psicosocial de Médicos del Mundo destacan las siguientes:
 - Consumo de sustancias como estrategia disfuncional de afrontamiento en menores no acompañados y personas sin hogar.
 - Ansiedad y síntomas propios del trastorno por estrés postraumático complejo, con un componente de cronicidad, en mujeres que han vivido distintas formas de violencia de género (violencia sexual, en la pareja, prostitución, trata y explotación sexual, mutilación genital femenina).
 - Duelos migratorios complejos en la gran mayoría de las personas migrantes.
- A pesar de los síntomas detectados y de las dificultades de acceso y de adherencia a recursos especializados en salud mental, las personas desarrollan estrategias de resiliencia que les permiten un funcionamiento normal en la mayoría de los casos.

2. ENFOQUES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL CON POBLACIÓN VULNERABILIZADA

Las propuestas que se plantean a continuación apuestan por un modelo de intervención integral, interdisciplinar y transversal dirigida a personas vulnerabilizadas que han estado expuestas a situaciones de violencia, sufren duelo migratorio de intensidad moderada-extrema, padecen algún tipo de trastorno mental en particular, o experimentan un elevado nivel de sufrimiento emocional que incide en su riesgo de exclusión.

El papel del acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental desde las organizaciones del Tercer Sector no es sustituir al Sistema Nacional de Salud, si no que busca ejercer un rol mediador, de puente y coordinación con otros recursos públicos o privados, facilitando la adaptación de las diversas intervenciones vinculadas a la salud mental y el acompañamiento psicosocial.

Dicho lo anterior, plantear enfoques y propuestas de intervención no implica alejarse de un trabajo siempre individualizado, personalizado, y adaptado al contexto cultural de cada persona.

Dentro de la pluralidad de perfiles, contextos y realidades, la propuesta de acompañamiento psicosocial y atención en salud mental se organiza alrededor de un conjunto de enfoques que orientan toda intervención de Médicos de Mundo.

2.1. EL ENFOQUE PSICOSOCIAL

El enfoque psicosocial incluye principios como los de dignidad, el apoyo mutuo, la solidaridad, la calidad de vida, los derechos humanos, el análisis de género y desarrollo humano integral en salud mental. Esto implica, a nivel intervención, una acción centrada en la promoción de prácticas relacionales basadas en el reconocimiento y la valoración del ser humano en ejercicio de construcción. Todos estos elementos interactúan sistémicamente y son fundamentales a la hora de comprender y abordar lo psicosocial (González Villa JD. 2012 P1).

Se trata de un enfoque integrador, en el que caben diferentes perspectivas de abordaje teórico y práctico alrededor de las relaciones del sujeto con las colectividades y los grupos sociales en que se inscribe. Su estrecha relación con los Derechos Humanos compromete sus objetivos con la defensa y la reivindicación de la dignidad humana.

Elementos del enfoque psicosocial: ¿Qué implica la mirada psicosocial?

Tal y como resaltan (Pérez Sales P. y Fernández Liria A. (2003), en la intervención planteada desde un enfoque psicosocial, las personas son consideradas las protagonistas de su cambio y el personal técnico acompaña el proceso. Los síntomas son interpretados como respuestas naturales de las personas ante una situación que desborda puntualmente sus recursos de afrontamiento. Solo las formas cró-

nicas, o muy agudas, se consideran como un posible trastorno y se abordan desde una óptica psicosanitaria.

Más concretamente, la mirada psicosocial se caracteriza por poner el foco en los siguientes factores:

Resiliencia: el acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental desde un enfoque psicosocial busca reforzar los factores de resistencia de las personas y sus comunidades.

Prevención: la intervención se concibe como un proceso integral y permanente dirigido a incrementar la capacidad de desarrollo del ser humano, la familia y la comunidad.

Concepto de Salud mental: considera problemas de salud todos aquellos agentes patógenos o factores de riesgo constatables en el ser humano. En este sentido la marginación o la violencia son, por ejemplo, problemas de salud, como así lo afirma la Organización Mundial de la Salud.

Concibe al ser humano desde una **perspectiva integral y sistémica**, es decir, inmerso en un medio familiar, comunitario, social, cultural y político del que es indisoluble, que deben ser factores integrados de modo natural en la intervención en salud mental.

Intervención Transformadora: se entienden los procesos como caminos de acompañamiento que priorizan aspectos como la dignidad de las personas con quienes se interviene, o la capacidad para que el acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental tengan un rol de transformación de la realidad abordando no sólo las necesidades inmediatas, sino las vulnerabilidades sociales.

Premisa del NO DAÑO

En el acompañamiento psicosocial y atención en salud mental con personas vulnerabilizadas expuestas a situaciones potencialmente traumáticas, es importante partir de la premisa del NO DAÑO que, básicamente, implica no intervenir si los beneficios de la intervención no van a superar las consecuencias a nivel emocional. De cara a valorar la pertinencia o no de una intervención psicosocial, cabe responderse a ciertas preguntas. Si las respuestas son negativas o no están demasiado claras habría que abstenerse de intervenir.

- ¿La persona desea abordar su situación?, ¿es posible ofrecerle un espacio de seguridad y confidencialidad para ello?
- ¿Está el personal formado y preparado para intervenir en la respuesta traumática?
- ¿Hay riesgo de revictimización?, ¿va a ser posible acompañar a la persona para resignificar su historia con un objetivo terapéutico?

Las consecuencias de la violencia o de la vulneración de derechos no pueden abordarse por parte del personal especializado en acompañamiento psicosocial y atención en la salud mental, dejando al margen las causas que las provocaron. En la intervención hay que hacer visible y evidenciar las desigualdades estructurales

(poder, clase, raza, etnia, género, orientación sexual, ideología, religión), su interseccionalidad y el papel que éstas juegan en el bienestar y estado psicosocial de las personas con las que se interviene. En cualquier proceso de acompañamiento psicosocial y atención en salud mental habrá que conectar los síntomas con el contexto que lo provocó o lo mantuvo.

Factores de resistencia y empoderamiento

Además, es especialmente relevante identificar los factores de resistencia y empoderamiento que permiten a personas en una situación de vulnerabilidad y expuestas a múltiples violencias, generar respuestas que rompen con la victimización. En la siguiente tabla identificamos algunos de los principales:

FACTOR DE RESISTENCIA Y EMPODERAMIENTO	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
SENSACIÓN DE PERTENENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Romper la sensación de aislamiento. • Facilitar el sentido de pertenencia a un grupo a través del intercambio de experiencias y situaciones similares. • Apoyar la construcción de un relato colectivo basado en la resistencia frente a la vulnerabilidad.
CLIMA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Visibilización de la realidad en la que está viviendo. Sensibilización de la sociedad al respecto. • Validación y legitimación social de su sufrimiento. • Eliminación de dobles discursos.
CONDICIONES DE VIDA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la toma de decisiones y la autonomía. No utilizar actitudes paternalistas que favorezcan la institucionalización de la dependencia emocional. Poner a las personas en el centro de la intervención para su recuperación.
SEGURIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar y facilitar herramientas que contribuyan a la seguridad psicológica. • Fomentar -en la medida de lo posible- la reducción de la incertidumbre en el proceso de intervención.
PERCEPCIÓN DE CONTROL SOBRE LA PROPIA VIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la toma de decisiones propias y la autonomía. • Prevenir la dependencia institucional. • Fomentar el protagonismo de las personas afectadas en las acciones de recuperación. • Fomentar la capacidad de agencia y la responsabilidad personal en el propio proceso de recuperación
PERSPECTIVAS DE FUTURO	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la proyección/visualización de un proyecto de futuro digno y libre. • Realizar una intervención interdisciplinar que incida en una mejora laboral y de vivienda. • Favorecer relevancia de trabajar la imagen de Superviviente.

Para todo ello, en la evaluación inicial es importante detectar que factores de resistencia están presentes y reforzarlos. A la vez plantearse si las intervenciones influyen en algún factor de resistencia y como facilitan su desarrollo.

2.2. ENFOQUE ANTROPOLÓGICO Y PSICOLOGÍA TRANSCULTURAL

Realizar acompañamiento psicosocial y atención en salud mental en contextos culturalmente diversos implica incorporar una visión intercultural, puesto que tanto la concepción de bienestar humano individual como comunitario varía en función del contexto cultural. Además, el modo de intervenir para conseguir el bienestar psicosocial y la mejora de la salud mental percibida ha de ser considerado aceptable por la comunidad en la que se trabaja. Este enfoque nos permite una mirada que parte del reconocimiento de una realidad social, religiosa y culturalmente diversa.

El enfoque antropológico requiere conocer el contexto donde se interviene y comprender los valores culturales y el funcionamiento de la comunidad, participar en la creación de lazos para la cohesión social, promover relaciones solidarias y horizontales y valorar las potencialidades del entorno y la comunidad para el propio empoderamiento.

En este sentido, disponer de una red social activa incidirá no sólo en el apoyo psicosocial, sino en el acceso a los recursos y en la activación del flujo de información que facilita, por ejemplo, conseguir un empleo o avanzar en un proceso de integración.

A TENER EN CUENTA:

Ofrecer siempre respuestas integrales teniendo en consideración las creencias y los valores de las personas implicadas en la intervención.

- ¿Influye la cultura y la comunidad en el contexto, síntomas y demandas de la persona?
- Como profesional o como persona que acompaña su proceso de recuperación ¿cuál es mi marco cultural?, ¿es compatible con la intervención?,
- ¿Cómo se va a incorporar la cultura en la intervención?

Salud mental y contexto cultural: Psicología transcultural

La psicología transcultural estudia las diferencias y similitudes del funcionamiento psicológico entre grupos culturales diversos. El foco de sus investigaciones se centra en analizar de qué manera nos influye pertenecer a una u otra cultura.

La psicología transcultural trata de definir las relaciones entre factores psicológicos, socioculturales, biológicos y ecológicos intra e interculturalmente. Los objetivos principales del desarrollo de este enfoque en la psicología son:

- Comprobar y testear modelos y teorías psicológicas en diferentes culturas para comprobar su validez.
- Descubrir diversidades y variaciones culturales en fenómenos y manifestaciones psicológicas.
- Integrar los descubrimientos comunes para construir una psicología más universal y menos etnocéntrica.

Los estudios transculturales afirman que aspectos como el dolor, la alegría, la tristeza, la ira, el miedo, la sorpresa, el interés o la curiosidad, por poner tan solo algunos ejemplos, resultan lenguajes netamente culturales y sus manifestaciones están matizadas culturalmente (Pérez Sales, 2004).

El enfoque transcultural en el acompañamiento psicosocial y en la atención en salud mental implica tomar conciencia de que el contexto cultural influye en aspectos relevantes a nivel psicológico como pueden ser:

- El propio concepto de persona y del yo.
- Las emociones básicas.
- El concepto de desarrollo humano.
- El concepto del dolor y sufrimiento.
- El concepto de enfermedad y sanación.
- La forma de expresar y elaborar procesos de duelo.

Pautas para la intervención

Desarrollar **sensibilidad transcultural** en cuanto a las reacciones emocionales esperables: según el contexto cultural, podemos encontrar diferencias en las respuestas individuales ante situaciones de crisis o incluso en las formas en las que se manifiestan los problemas de salud mental.

Tener presente que la **expresión verbal de las emociones**, el afrontamiento y la regulación de estas, también varían transculturalmente.

Atender a los **roles y estereotipos de género** y su implicación en la expresión emocional: la diferencia en la forma de expresión también está influida culturalmente, por ejemplo, a través de la atribución de roles de género.

Comprender las diferencias culturales y tenerlas en cuenta a la hora de entender la sintomatología y las vivencias de las personas. Conocer los significados atribuidos a las conductas, actitudes, creencias y valores, y utilizar elementos simbólicos de la cultura de la persona con la que se interviene.

Incorporar la **mediación intercultural** contribuye a una mejora de la interpretación del lenguaje verbal y no verbal y facilita el diálogo entre la comunidad, los recursos y servicios sociales y la intervención en salud mental.

2.3. ENFOQUE DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS

Género, factor de riesgo para la salud mental

El género es uno de los principales aspectos que determina las relaciones de poder entre hombres y mujeres y el acceso y control que unas y otros tienen sobre los recursos, determinando así sus condiciones de vida y su posición social y, por tanto, las diferencias en cuanto a la exposición a riesgos específicos para la salud mental.

Tal y como recoge la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026”, “el género como factor social determinante de la salud no actúa solo, sino que interactúa con otros determinantes sociales. (...) otros factores sociales puedan profundizar o contrastar el efecto del género en la salud”. Entre esos factores sociales pueden encontrarse las violencias de género, la pobreza, el racismo o la xenofobia entre otros.

Los principales aspectos identificados en relación con la salud mental y el género que la Estrategia de Salud Mental plantea que deben tenerse en cuenta en la planificación y organización del acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental son:

- Los trastornos mentales más prevalentes se presentan de manera diferente por sexos y según las diferentes etapas en el ciclo vital.
- Las mujeres presentan índices más elevados de depresión, ansiedad, estrés, somatizaciones y trastornos de alimentación, mientras que los hombres presentan índices más elevados de consumo de sustancias, suicidios y trastornos antisociales.
- El mayor riesgo de mala salud mental entre las mujeres puede ser debido a factores de riesgo psicosocial asociado con determinantes socioeconómicos y de género, entre los que se incluyen las violencias de género.

En el caso de los hombres tal y como señala el informe de la Sociedad Española de Salud Pública SESPAS (2020):

“La expresión de la masculinidad hegemónica, que aún se basa en rechazar la debilidad, la dependencia emocional o la búsqueda de ayuda, implica a menudo que, ante el malestar psicológico, los hombres recurran a la retórica de síntomas físicos o a una expresión no verbal del malestar en forma de agresividad o consumo de sustancias, lo que puede enmascarar sus menores tasas de depresión o ansiedad. No es fácil, sin embargo, saber si la masculinidad protege a los hombres de experimentar estas patologías o si simplemente les conduce a ocultar sus síntomas o expresarlos de manera inconsistente con los criterios diagnósticos habitualmente aplicados”.

Es relativamente reciente que los estudios sobre género y salud se centren en el impacto de la masculinidad tradicional en la salud en general y en la salud mental de los hombres en particular. Algunas publicaciones han defendido que la masculinidad tradicional implicaba un incremento de riesgos para la salud física y un “empobrecimiento de la vida emocional” de los hombres (Sabo 2000).

Michael Kaufmann (citado en De Keijzer, 1997), identifica la masculinidad hegemónica como factor de riesgo en el caso del suicidio, el alcoholismo y otras adicciones.

Otros factores psicosociales de género que influyen de forma diferencial en la salud mental son: la gestión y el uso del tiempo, el trabajo doméstico y de cuidados, la autonomía e independencia económica o las actividades sociales, culturales y lúdicas (AMS, 2016).

El acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental con enfoque de género tiene en cuenta todos estos factores para crear un vínculo y un espacio que facilite y apoye el proceso de deconstrucción de las identidades tradicionales de género, y en especial el empoderamiento de las mujeres.

El empoderamiento de las mujeres hace referencia al proceso de retomar el protagonismo de sus vidas, recuperando la autonomía y la toma de decisiones en cualquier ámbito, ya sea público o privado. Otra dimensión importante del empoderamiento es la toma de consciencia del poder que individual y colectivamente ostentan las mujeres y que tiene que ver con la recuperación de la propia dignidad como personas.

El acompañamiento psicosocial que se realiza desde la perspectiva feminista es, necesariamente, un acompañamiento horizontal donde se produce una relación ya transformadora respecto a las relaciones jerárquicas construidas en el patriarcado.

3. TIPOS DE INTERVENCIÓN Y CONTEXTOS

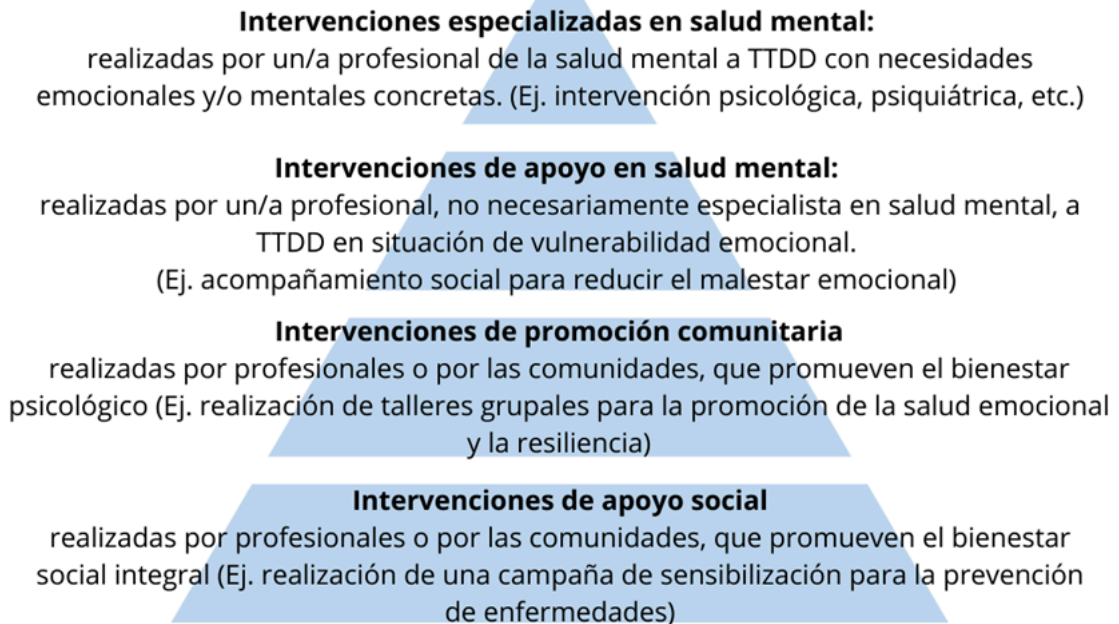
3.1. TIPOS DE LA INTERVENCIÓN

En el contexto de emergencias e intervenciones humanitarias en contexto de emergencias, Médicos del Mundo utiliza la Guía IASC¹, que divide la intervención en salud mental en 4 niveles:

1. Servicios básicos, respetuosos y de seguridad.
2. Apoyo para fortalecer la familia y la comunidad.
3. Apoyo específico no especializado.
4. Servicios especializados.

Utilizando este modelo y adaptándolo al contexto estatal y/o autonómico, los tipos y niveles de intervención quedarían recogidos en la pirámide representada en el siguiente gráfico.

**INTERVENCIÓN SMAPS (SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL)
MÉDICOS DEL MUNDO
PROGRAMAS ESTATALES Y AUTONÓMICOS**



FUENTE: Adaptación propia de Guía IASC
ELABORACIÓN: Propia

¹ Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes-2007-2020

Dependiendo el lugar desde donde se realiza el acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental, el personal técnico implicado y la fase de intervención en sí misma, tendrá más prevalencia uno u otro nivel de la intervención. Cabe destacar, que la propuesta que aquí recogemos abarca necesariamente la intervención en varios niveles: individual, grupal y comunitario buscando promover la salud mental desde un enfoque biopsicosocial.

Es necesario señalar que desde una intervención puntual no siempre se puede incidir en todos los niveles, sin embargo, es importante tenerlos en cuenta y complementarlo con trabajo en red, coordinación y derivación a recursos especializados. También es importante destacar que las intervenciones especializadas en salud mental que se encuentran en la cúspide de la pirámide deben ser desarrolladas por profesionales de la salud mental (psiquiatría, psicología).

3.2. CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN

A continuación, se exponen unas breves pinceladas que enmarcan el contexto de la intervención de Médicos del Mundo España, en acompañamiento psicosocial y atención en salud mental con población vulnerabilizada, que forman parte del diagnóstico realizado a lo largo de 2022 en el proyecto **“Salud mental en colectivos vulnerables. Contribución a la Estrategia de Salud mental del Sistema Nacional de Salud”** en el que han participado las sedes autonómicas de Canarias, Galicia, Aragón, Comunidad Valenciana, Baleares y la ciudad autónoma de Melilla, y del que forma parte esta guía. Se señalan también las estrategias de intervención que se han venido realizando, encuadrándolas en los niveles de intervención antes descritos.

PERSONAS SIN HOGAR

Características principales:

- Personas en su mayoría migrantes de América Latina, África subsahariana y El Magreb.
- Precariedad económica.
- Situaciones estresantes vividas en situación de calle (violencia, robo, incertidumbre lugar de pernocta, etc.).
- Trastornos clínicos de salud mental (trastornos depresivos, trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, trastornos afectivos y sintomatología compatible con trastorno por Estrés postraumático (TEP)).
- Problemas de adicción al consumo de sustancias como estrategia disfuncional de afrontamiento.
- Patologías duales.
- Situaciones de violencia de género presentes o pasadas (MGF, violencia sexual, violencia (ex)pareja, explotación sexual, trata y prostitución).

Dificultades detectadas en la intervención:

- Ausencia de conciencia de enfermedad en aquellos casos clínicos.
- Dificultades en la adherencia a los tratamientos farmacológicos pautados, relacionadas con la situación de sinhogarismo: acceso a la medicación, robo de esta, movilidad geográfica, ausencia de red de apoyo.
- Dificultades relacionadas con problemas conductuales derivados de las patologías duales: efectos adversos del consumo de sustancias, deterioro cognitivo, dificultades de adherencia y vinculación a servicios y espacios terapéuticos, agravamiento de los trastornos de salud mental, en casos puntuales, actos delictivos.
- Cronificación de la situación de sinhogarismo ante la ausencia de alternativas habitacionales, agravadas por el estigma y las actitudes racistas en potenciales arrendadores y en el ámbito inmobiliario en general.
- Sistema sanitario:
 - Barreras de acceso
 - Intervenciones basadas en el modelo bio-médico/farmacológico.
 - Situación de saturación y listas de espera en unidades de desintoxicación, unidades de conductas adictivas y comunidades terapéuticas.
 - Escasa o nula coordinación entre unidades de salud mental y unidades de conductas adictivas.
 - Escasa o nula coordinación entre atención primaria y salud mental
 - Actitudes racistas y sexistas
- Ausencia o escasez de recursos residenciales específicos de mujeres.

Líneas de intervención:

Intervenciones de apoyo social:

- Acciones de sensibilización, talleres y entrega de materiales de prevención, autocuidado y reducción del daño.

Intervenciones de promoción comunitaria:

- Talleres de promoción de la salud. Talleres psicoeducativos.

...

Intervenciones de apoyo en salud mental

- Coordinación con recursos públicos: Centros Municipales de Servicios Sociales (Centro Municipal de Servicios Sociales), CAST (Centro de Atención a Personas Sintecho) y otras entidades.
- Vinculación con Unidades de Salud Mental, coordinación, acompañamientos, trabajo de psicoeducación y adherencia al tratamiento.
- Coordinación con UCA (Unidad de Conductas Adictivas), acompañamientos, supervisión del tratamiento.
- Coordinación con entidades especializadas en intervención en salud mental.
- Actividades de reducción de daños, Centros de día.

Intervenciones especializadas en salud mental

- Atención psicológica. Espacios de desahogo y contención emocional, entrenamiento en habilidades y trabajo de conciencia de enfermedad.
- Atención psiquiátrica puntual. Primera atención psiquiátrica previa a la derivación a USM (Unidad de Salud Mental) para evaluación e inicio de tratamiento en caso de que sea necesario, emitir informes para apoyar la derivación, coordinación con USM.
- Seguimientos periódicos: sintomatología, resolución de problemas, habilidades de afrontamiento.
- Formación a equipos de voluntariado en intervención psicol

MUJERES EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

Características principales:

- Mayoritariamente mujeres migrantes.
- Situación administrativa irregular.
- Precariedad económica.
- Cargas familiares en país de origen (envío de remesas).
- Situación de prostitución por necesidad (falta de oportunidades laborales, situación administrativa irregular, abuso, explotación económica y acoso sexual).
- En muchos casos situaciones de trata anteriores, la mayoría no identificadas formalmente.
- Múltiples violencias de género (violencia sexual antes y después de estar en situación de prostitución, abuso sexual en la infancia, violencia (ex) pareja, violencia física y psicológica). La mayoría tienen normalizadas estas situaciones y no perciben las consecuencias en su salud física y emocional).

Dificultades detectadas en la intervención:

- Las necesidades de acompañamiento psicológico y atención en salud mental se inician, o se agudizan durante el proceso migratorio, a causa de las dificultades socioeconómicas y de desarraigo que sufren al llegar a España.
- Dificultades para mantener un proceso terapéutico en el tiempo debido a la inestabilidad del contexto inherente al sistema prostitucional. Cuando acceden a atención individual lo hacen fundamentalmente en momentos de crisis.
- En un primer momento no identifican el impacto de la prostitución en su salud y las demandas que hacen a nivel terapéutico están relacionadas con la dificultad para dormir, las complicaciones en las relaciones de pareja o con familiares. Hay que tener en cuenta la disociación como consecuencia de la violencia y como estrategia de supervivencia ante situaciones de traumáticas.
- Percepción de estigma y rechazo vinculados a la situación de prostitución y al hecho de ser mujeres migrantes, en muchos casos racializadas. La intersección entre la estigmatización y el racismo dificulta el acceso a recursos sanitarios y servicios sociales.

Líneas de intervención psicosocial

Intervenciones de apoyo social:

- Campañas de sensibilización, talleres y entrega de materiales de prevención de ITS autocuidado y reducción del daño.

Intervenciones de promoción comunitaria:

- Talleres de promoción de la salud. Talleres psicoeducativos. Grupos de empoderamiento para mujeres en situación de prostitución con un abordaje biopsicosocial.
- Intervenciones de apoyo en salud mental:
- Coordinación con recursos públicos: Centros Municipales de Servicios, (Centro Municipal de Servicios Sociales), Red estatal de intervención en Violencias de género, entidades especializadas en trata de seres humanos etc...
- Vinculación con Unidades de Salud Mental, coordinación, acompañamientos, trabajo de psicoeducación y adherencia al tratamiento.

Intervenciones de apoyo en salud mental

- Acompañamiento emocional en espacios informales e incluso en el propio contexto donde se ejerce la prostitución, unidades móviles, visitas a pisos y clubes.
- Coordinación con recursos públicos: Centros Municipales de Servicios Sociales, Red estatal de recursos de intervención en VDG, entidades especializadas en trata de seres humanos.
- Coordinación con entidades especializadas en intervención en salud mental.
- Mediación intercultural tanto en espacios de apoyo psicosocial como en coordinación con recursos del sistema público de salud mental.

Intervenciones especializadas en salud mental:

- Intervención psicológica individual centrada en la demanda de las mujeres que solicitan el servicio y enfocada en objetivos específicos según la fase de la intervención:
 - Regulación emocional, psicoeducación, vínculo seguro.
 - Intervención en disociación (si el vínculo es seguro y la situación estable).
 - Autoestima empoderamiento.
 - Historia de vida, integración de memorias traumáticas, perspectivas de futuro.
- Atención psicológica y psicosocial: acompañamiento en duelo migratorio y en secuelas e impactos traumáticos vividos en origen o en tránsito.
- Formación de equipos de voluntariado en intervención psicológica y psiquiátrica.

PERSONAS MIGRANTES Y EN TRÁNSITO (FRONTERA SUR)

Características principales:

- Personas provenientes de flujos migratorios mixtos (migraciones económicas, personas desplazadas provenientes de conflictos armados y personas que huyen de situaciones de persecución violencia y/o tortura en sus países de origen y/o de tránsito).
- Situación administrativa irregular, en la mayoría de los casos, retraso en la posibilidad de solicitar Protección Internacional en los casos que reúnen los requisitos.
- Origen marroquí, o de distintos países (algunos en conflicto) en África subsahariana.
- Contexto de rechazo institucional. Presencia de actitudes racistas y dobles discursos sobre personas migrantes y/o refugiadas.
- Niños y niñas migrantes no acompañados, tanto residentes en centros de protección como en situación de sinhogarismo.
- Jóvenes extutelados/as sin protección del estado y con percepción de estigmatización.
- Solicitantes de protección internacional en espera de cruzar a la península.
- Situaciones de violencia de género en mujeres (violencia sexual, violencia (ex)pareja, MF, MGF, LGTBofobia).

Dificultades detectadas en la intervención:

- Barreras culturales e idiomáticas, sobre todo en personas en tránsito, recién llegadas al contexto español. En muchos casos desconocimiento de los roles de profesionales de la salud mental o de la intervención psicosocial.
- Dificultades de adherencia y vinculación por su propia historia migratoria y la desconfianza como estrategia de afrontamiento y supervivencia.
- Barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS). Dificultad de detección precoz de trastornos de salud mental.
- Barreras de acceso a recursos sociales.

Líneas de intervención

Intervenciones de apoyo social:

- Campañas de sensibilización, talleres y entrega de materiales de prevención de ITS, talleres de autocuidado y reducción del daño.

Intervenciones de promoción comunitaria:

- Formación al tejido asociativo en primeros auxilios psicológicos.
- Talleres de psicoeducación en duelo migratorio.

Intervenciones de apoyo en salud mental

- Coordinación con recursos públicos: Centros Municipales de Servicios, (Centro Municipal de Servicios Sociales), Centros de Menores, Centros de Acogida Temporal a Inmigrantes.
- Vinculación con Unidades de Salud Mental, coordinación, acompañamientos, trabajo de psicoeducación y adherencia al tratamiento.
- Mediación intercultural tanto en espacios de apoyo psicosocial como en coordinación con recursos del sistema público de salud mental.

Intervenciones especializadas en salud mental:

- Atención psicológica y psicosocial: acompañamiento en duelo migratorio y en secuelas e impactos traumáticos vividos en origen o tránsito.
- Formación de equipos de voluntariado en intervención psicológica y psiquiátrica.

SITUACIONES COMUNES EN DIFERENTES PERFILES Y CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN:

- Personas cansadas de repetir su historia una y otra vez y con riesgo de sufrir revictimización. Con la necesidad de tener un espacio seguro en el que ser escuchadas y no juzgadas. Personas con perfiles muy resilientes, teniendo en cuenta las situaciones extremas a las que se han enfrentado, pero con baja percepción de sus propias fortalezas. Aislamiento social, exclusión y estigmatización.
- Barreras culturales e idiomáticas en personas migrantes. En muchos casos desconocimiento del rol de las y los profesionales de salud mental.
- La adherencia a los servicios de intervención psicológica es mucho menor en personas de habla no hispana de origen. La posibilidad de recibir atención en su lengua materna o no, condiciona las posibilidades de intervención.
- **Altos niveles de ansiedad, trastornos adaptativos, estado de ánimo depresivo.** Duelos migratorios complicados, cuyos ritmos no coinciden con los tiempos que a veces se imponen desde los servicios e instituciones que pueden prestarles atención. **Secuelas de violencia de género de todo tipo en el caso de las mujeres, y en especial en las mujeres en situación de sinhogarismo y/o en situación de prostitución.** Trastornos de salud mental (no diagnosticados en origen). Problemas de **adicción** y consumo problemático no pautado de psicofármacos obtenidos en la economía informal, sobre todo en la ruta migratoria africana.

4. CONDICIONANTES PSICOSOCIALES DE LA INTERVENCIÓN

Dedicamos este apartado a 3 aspectos importantes que condicionan el acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental de Médicos del Mundo ya que la mayoría de las personas con quienes intervenimos son personas migrantes y/o mujeres que están o han sufrido alguna forma de violencia de género. Así, **el duelo migratorio, las violencias de género y la atención al trauma** son condicionantes psicosociales de la intervención.

4.1. APUNTES SOBRE DUELO MIGRATORIO

El duelo migratorio es un concepto clave a valorar y ser tenido en cuenta durante la intervención, dado que está directamente relacionado con el proceso de adaptación de una persona migrante a su contexto de acogida.

Por el hecho de migrar, las personas que llegan a un nuevo lugar atraviesan una serie de procesos que pueden tener impacto en su estado de salud física, mental, emocional y social. En este apartado nos focalizaremos en el proceso de adaptación cultural y el proceso de duelo, que aparecen entrelazados en la experiencia migratoria. En algunos casos, estos procesos vienen condicionados por las experiencias traumáticas vividas en origen, en el viaje migratorio o en la sociedad de acogida.

Proceso de adaptación

Al llegar a un nuevo país y/o a un nuevo contexto cultural, las personas migrantes necesitan adaptarse a unas circunstancias vitales y culturales, así como establecer nuevos vínculos y relaciones. La adaptación puede implicar el aprendizaje de un nuevo idioma, aprender a relacionarse en nuevos espacios, habituarse a una nueva forma de alimentación, establecer horarios diferentes, etc.

Proceso de adaptación cultural: Aculturación

La Aculturación fue definida por Berry como “el proceso mediante el cual las personas cambian, siendo influidas por el contacto con otra cultura y participando de los cambios generales de su cultura” (Berry, 1990, p. 460). Este proceso es totalmente natural, pero puede tener un impacto psicosocial a través del Choque Cultural, cuyas características definimos a continuación.

Choque Cultural y/o estrés aculturativo

Oberg (1961) lo definió como un estado general de ánimo depresivo, frustración y desorientación que afecta a las personas que viven en una nueva cultura. Se produce cuando se da una pérdida de los puntos de referencia familiares que dan lugar a confusión.

Las manifestaciones más comunes son:

- Tensión o fatiga provocada por el esfuerzo de adaptarse a una nueva cultura.
- Sentido de pérdida y de privación del origen, nostalgia.
- Percepción de rechazo en la sociedad de acogida o hacia ella.
- Confusión sobre los roles o expectativas sobre éstos.
- Toma de conciencia, a veces difícil y compleja, de las diferencias culturales.
- Sensación de impotencia al no poder actuar de forma competente.

Las reacciones psicológicas más frecuentes según el Colegio Oficial de Psicología Madrid (2016) y entendidas como naturales dentro de este proceso son:

- A nivel cognitivo: preocupación, pensamientos catastrofistas, rumiación, dificultades de concentración y atención. La situación a la que se enfrentan está marcada por la incertidumbre y la ambigüedad; sabemos que ambas reacciones suelen disparar procesos cognitivos como la preocupación o la rumiación de cara a regular dichos estados emocionales. Esto, a su vez, genera ciertas dificultades en los procesos ejecutivos básicos como la memoria, la atención o la concentración.
- A nivel emocional/fisiológico: reacciones de hiperactivación fisiológica como la ansiedad, el miedo o la inseguridad.
- A nivel físico, problemas tipo cefaleas, dificultades gástricas o tensión muscular.
- A nivel comportamental: inquietud, conductas agresivas, actitud defensiva, inhibición en la toma de decisiones.
- La distancia cultural entre el contexto de origen y el de destino se puede evaluar siguiendo las 5 dimensiones definidas por Hofstede (1991, 2001) entendidas como un continuo:

TABLA 2: DIMENSIONES CULTURALES DE HOFSTEDE

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
DISTANCIA DE PODER	Tiene que ver con el nivel de jerarquización de una sociedad. Está relacionado con la expectativa de los grupos vulnerabilizados con respecto a los niveles de poder. Vinculándolo con el choque cultural y el duelo migratorio, si una persona viene de un contexto con grandes diferencias entre clases sociales , es decir con una mayor distancia de poder, la pérdida del estatus percibido , por estar en situación irregular, o por trabajar en una ocupación, que en su contexto de origen implica un estatus menor, puede generar un gran impacto a nivel emocional y de autoestima.

<p>INDIVIDUALISMO VS COLECTIVISMO</p>	<p>Es la medida en la que en una cultura se valora, potencia el “logro” individual frente al grupal. A mayor valoración del logro individual, mayor individualismo. A mayor valoración del logro grupal más colectivismo. Provieniendo de una cultura más colectivista una persona vivirá un mayor impacto es su salud mental al verse privada de su red de apoyo social en el país de acogida, por ejemplo.</p>
<p>MASCULINIDAD VS FEMINIDAD</p>	<p>El lado masculino de esta dimensión representa la preferencia en un contexto cultural, por los valores vinculados a rol masculino tradicional, como el heroísmo, el logro individual, la asertividad, la competitividad y la recompensa material por el éxito. En el polo opuesto de esta dimensión, hablamos de sociedades que priorizan valores asociados, la feminidad tradicional, como son la cooperación, la modestia, la armonía grupal, la preocupación por los demás y la calidad de vida. En general en las sociedades más “femeninas” se prioriza el consenso frente a la competitividad.</p>
<p>EVITACIÓN DE LA INCERTIDUMBRE</p>	<p>Refleja el grado al que una sociedad o contexto cultural acepta la incertidumbre y los riesgos. Las culturas con más nivel en esta dimensión tratan de reducir la incertidumbre al mínimo posible. Esto afecta a la gestión del tiempo, puntualidad, flexibilidad en entornos sociales y laborales, entre otros.</p>
<p>ORIENTACIÓN A LARGO PLAZO VS A CORTO PLAZO</p>	<p>Condicionado también por las oportunidades percibidas en el entorno.</p>

FUENTE: Hofstede (2001)
ELABORACIÓN: Propia

A mayor distancia cultural, entre la cultura de acogida y la de origen, mayor es el esfuerzo adaptativo que una persona migrante debe afrontar.

Elaboración del duelo migratorio

El duelo es un proceso natural de reorganización y elaboración psicológica que se produce ante la pérdida de algo o alguien significativo para una persona o grupo, que conlleva afrontar la pérdida y la nueva situación, emocional y racionalmente.

La elaboración del duelo migratorio implica una reelaboración de los vínculos con el país de origen y el establecimiento de nuevos vínculos en el país de acogida.

En la intervención con personas migrantes es importante evaluar el momento del duelo migratorio en el que se encuentran, así como el tipo de duelo.

Elaborar el duelo pasa por asumir lo que se deja atrás, en origen. Joseba Achotegui (2004) diferencia hasta 7 duelos migratorios:

- Por la familia y seres queridos.
- Por la lengua y la cultura.
- Por la tierra.
- Por el estatus social.
- Por el contacto con el grupo nacional.
- Por los riesgos físicos.
- Y por ser consciente de las ganancias y aprendizajes que brinda la experiencia migratoria, para poder adaptarse a vivir en el nuevo contexto.

A diferencia de otros procesos de duelo como, por ejemplo, el del fallecimiento de un ser querido, en la migración las pérdidas no son claras ya que en la mayoría de los casos lo que se ha dejado sigue presente en otro espacio, reencontrándose con el contacto con familiares y el país de origen, lo que da mayor complejidad al proceso; por ello, se le ha denominado también **"pérdidas ambiguas"** (Boss, P., 2001).

Además de esta ambigüedad y multiplicidad de duelos, la complejidad del proceso de elaboración del duelo migratorio dependerá de la cantidad de estresores a los que se vea expuesta la persona. Las dificultades económicas y las situaciones extremas que acompañan frecuentemente los procesos migratorios influirán negativamente en esta elaboración, apareciendo duelos complicados y extremos, cuyas consecuencias psicológicas han sido descritas por Achotegui dentro del conocido como "síndrome de Ulises" -duelo migratorio con estrés crónico y múltiple- (Acho-tegui 2004, 2022).

Las intersecciones y vulnerabilidades son múltiples y complejas, aunque, como veremos más adelante, afortunadamente son moduladas por los apoyos disponibles y por los propios recursos de resiliencia de las personas migrantes.

Por su parte, Sayed Ahmad (2012) resalta que identificar el tipo de duelo migratorio puede ayudar a una mejor valoración de la situación particular de cada persona y a orientar sobre posibles impactos para la salud mental y, por tanto, identificar posibles estrategias de intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial.

TABLA 3: TIPOS DE DUELO MIGRATORIO

TIPO DE DUELO	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
SIMPLE	<p>Persona adulta que emigra en buenas condiciones. Buenos recursos personales de afrontamiento. Presencia de factores de resistencia. No se detectan factores de vulnerabilidad. Buen soporte familiar y/o redes de apoyo social. Escasa presencia de estresores.</p>	<p>Duelo normal. Intervención psicoeducativa sobre duelo migratorio, actitud empática. Normalización de las reacciones. Contención emocional. Inclusión en grupos de fortalecimiento, ayuda mutua, si se valora necesario y la persona lo ve pertinente.</p>
COMPLEJO	<ul style="list-style-type: none"> • La persona emigra en condiciones difíciles. • Factores de la vulnerabilidad en el momento de la migración: edad, género, salud. • Separación de su familia. situación de vulnerabilidad familiar. • Red social precaria, dificultades de trabajo, vivienda etc. • Conexión emocional con situaciones similares en el pasado que puede haber superado. • Presencia de pensamientos intrusivos y recurrentes sobre las circunstancias migratorias. • Añoranza acompañada de profunda tristeza. • Estresores múltiples y/o de larga duración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento cercano para prevenir duelo patológico. • Valorar seguimiento psicosocial individual. • Valorar la derivación a recurso especializado, (espacios de contención o grupos de fortalecimiento). • Coordinación con Atención Primaria y con entidades especializadas.

EXTREMO

- Migración en condiciones de extrema dificultad: solicitantes de protección internacional; personas que dejan atrás a sus familiares en situación de vulnerabilidad; personas en situación irregular, sin trabajo, vivienda, malas condiciones de vida.
 - Factores de vulnerabilidad en el momento de la migración: edad, género, salud.
 - Vulneración de DD.HH. en el contexto de huida, de tránsito migratorio, o en el país de acogida.
 - Ausencia de red social, aislamiento.
 - Estresores múltiples, intensos y/o crónicos.
 - Rechazo de los cambios producidos por el hecho migratorio. Sentimientos de vacío.
 - Emociones negativas: ira, tristeza.
 - Impactos traumáticos. pérdidas no elaboradas, enfermedades físicas o mentales previas.
- Acompañamiento y valoración individual.
 - Validación de su sufrimiento y trabajo de vinculación.
 - Coordinación /derivación con recursos de salud mental.
 - Valorar la colaboración con recursos especializados: protección Internacional, salud mental, etc.
 - En caso de patología previa, valoración de la intensidad y complejidad de ésta, pertinencia de acompañamiento y vinculación con recursos específicos.

FUENTE: Adaptación Sayed Ahmad (2012)

Fases del duelo migratorio

Sea simple, complicado o extremo, el duelo migratorio, como cualquier otro duelo, atraviesa por algunas fases que implican aspectos emocionales y conductuales y “tareas” que las personas tienen que afrontar de una u otra manera. De cara a la intervención con personas que atraviesan un duelo migratorio es muy relevante evaluar que fase del proceso pueden estar atravesando.

Páez, González, Aguilera (1997) describe las fases del duelo migratorio. La duración, intensidad, e incluso el orden de estas fases dependen de las expectativas, recursos y habilidades personales, así como de disponer de un contexto social más o menos favorable:

- **Fase de EUFORIA:**

Se caracteriza emocionalmente por una sensación de alivio temporal, de logro, al haber superado las barreras para la llegada al país de acogida. Se trata de una etapa caracterizada por la excitación positiva de la novedad, sueños, alto nivel de expectativas. A nivel conductual, puede haber una hiperactividad en busca de vivienda, trabajo y apoyo. En las personas más vulnerables y con experiencias de migración extrema, la euforia la produce también la supervivencia a un viaje lleno de riesgos, altas expectativas con respecto a conseguir apoyo institucional, seguridad jurídica o ingresos económicos.

- **Fase de REALISMO:**

Se produce ante la necesidad de afrontar las primeras dificultades de aterrizaje en la sociedad de acogida: problemas económicos, administrativos, vulneración de derechos y experiencias de discriminación. Se experimentan las primeras nostalgias, dificultades para mantener el contacto familiar, los lazos con las redes apoyo, sin haber podido aún reconstruir una red de apoyo en la sociedad de acogida. La persona constata que hay muchas expectativas que el nuevo lugar no puede aportar, hay problemas y/o secuelas que aún acompañan y “nada es tan fácil como parece”.

- **Fase de RABIA:**

Surge tras evaluar como fracaso algunos esfuerzos por entenderse y/o sentirse integrado/a en la nueva cultura (idioma, discriminación, dificultades para practicar la religión, pérdida de estatus, vulneración de derechos). La rabia puede volcarse en los únicos espacios en los que la persona se siente escuchada, por lo que en el acompañamiento psicosocial habrá que trabajar con ella, incluso cuando parezca desplazarse hacia el personal profesional que intenta acompañar el proceso.

- **Fase DEPRESIÓN:**

Se trata a una fase de ánimo bajo, en la que la emoción predominante podría ser la tristeza. Suele aparecer en algún momento durante el primer año en el país de acogida. La persona siente que no tiene éxito, que no puede integrarse y que lo que ha perdido en el país de origen no puede recuperarlo en el de acogida. Balance negativo. Sensaciones intensas de fracaso, indefensión, o apatía.

• Fase de **ACEPTACIÓN**:

La persona desarrolla estrategias de afrontamiento, se va integrando al nuevo contexto, desarrolla estrategias de adaptación a medio plazo. Etapa de transición que desembocará en alguno de los modelos de aculturación que se exponen a continuación (**desde las entidades de apoyo se puede detectar mayor interés por formarse, participar en actividades grupales, por iniciar nuevas relaciones etc.**).

Al final de este proceso la persona habrá adoptado alguna estrategia de aculturación concreta dependiendo de su propio proceso de duelo, pero también de las condiciones de la sociedad de acogida.

Las estrategias de adaptación individual pueden clasificarse a lo largo de dos dimensiones (Berry, 1992). La primera dimensión se refiere a la retención o rechazo de la cultura nativa de un individuo. La segunda dimensión se refiere a la aceptación o el rechazo de la cultura de acogida. Ambas dimensiones son un continuo y el cruce de ambas ofrece cuatro posibles estrategias de aculturación:

- **Asimilación:** implica un alto contacto y adaptación a la cultura de la sociedad de acogida. Adoptando costumbres y valores, entre otros aspectos. Se produce una desvinculación y un menor contacto con la cultura de origen. **En términos de duelo equivaldría a “negación” o a un intento de “dejar atrás el pasado”. Genera más aceptación en la cultura de acogida, pero puede implicar una pérdida de autoestima.**
- **Segregación:** implica un alto contacto con la cultura de origen y un menor contacto con la cultura del país de acogida. La persona se “encierra” en su endogrupo. Pequeñas diásporas de apoyo mutuo. En muchos casos el objetivo es el retorno. **En términos de duelo implicaría una fase de negación o congelación del mismo.**
- **Marginalización:** la persona tiene escaso contacto tanto con la cultura de origen como con la sociedad y la cultura de acogida. Puede estar vinculado **secuelas de situaciones traumáticas, sentimiento de imposibilidad de comprensión o, en general, a contextos de exclusión.**
- **Integración:** suele ser la estrategia más común. Contacto con ambas culturas. Desarrollo de una “identidad bicultural”. **Implica reconciliación con el pasado y con el futuro, e implica necesariamente que la sociedad receptora también reconozca la diversidad de su ciudadanía y promueva la convivencia.**

De las fases a las tareas:

Si bien es cierto que las fases anteriormente descritas pueden ayudar a ubicar en qué momento del duelo migratorio se encuentra una persona para así adaptar la intervención y facilitar procesos de psicoeducación que repercutan positivamente en la capacidad de agencia de la persona sobre sus propios procesos, también es cierto que el planteamiento de “fases de duelo” puede resultar reduccionista.

Entendiendo el duelo como tareas (otorgando protagonismo a las personas que viven un duelo migratorio), y haciendo coincidir con las tareas de duelo propuestas por Worden W.J. (1997) y reflejadas por Pérez Sales (2004) podríamos hablar de 4 tareas principales que la persona deberá afrontar:

Aceptar la pérdida: mitigar el pensamiento recurrente con respecto al retorno, las energías se concentran en la adaptación.

Permitirse sentir la pérdida: darse permiso para la nostalgia, permitirse extrañar y permitirse mantener vínculos con la comunidad de origen (espiritualidad, alimentación, manifestaciones culturales y políticas, ritos y tradiciones). Las condiciones de vida facilitarán o dificultarán la conexión con las emociones vinculadas a la pérdida.

Recuperar la funcionalidad y las habilidades para la vida diaria: aprender las habilidades necesarias para un funcionamiento eficaz en la sociedad de acogida: idioma, aprendizaje cultural, conocimiento del entorno. Suele coincidir en el momento en el que las personas migrantes acuden a las entidades sociales en busca de acompañamiento, información o formación.

Integración /Interculturalidad: integrar ambas culturas o los distintos referentes culturales de pertenencia.

Las fases y las tareas no son lineales, las personas pueden pasar una o más veces por ellas, y en el acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental es importante ser conscientes de en qué momento se encuentran las personas e identificar los apoyos psicosociales y terapéuticos que pueden ser útiles para amortiguar los efectos emocionalmente más complicados del proceso.

4.2. APUNTES SOBRE VIOLENCIAS DE GÉNERO

La OMS (2013) considera la violencia de género contra las mujeres un problema de salud pública y señala que las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género tienen mayores problemas de salud tanto física como mental. A nivel salud mental, concretamente identifica que las violencias de género pueden ser causa de depresión, estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intentos de suicidio.

La **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer**, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993 y ratificada en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijín, 1995) define la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia, basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener por resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

En esta declaración se reconoce que la violencia de género es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, a la discriminación contra las mujeres y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo y

que es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a las mujeres a una situación de subordinación respecto al hombre (Romero, I. 2015).

La "Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026" señala la que la violencia de género en cualquiera de sus manifestaciones (violencia de género en la (ex)pareja, violencia sexual, trata de personas con fines de explotación sexual y laboral, matrimonios forzados, acoso laboral, mutilación genital femenina) afecta directamente a la salud mental y al bienestar de las mujeres que la padecen. La violencia está en muchas ocasiones en el origen del trastorno mental y padecer un trastorno mental incrementa, por otra parte, el riesgo de sufrir violencia. Además, las situaciones de maltrato empeoran la sintomatología y el curso de un trastorno mental preexistente.

Dolors Reguant Fosas (2007: 1) señala que "el patriarcado es una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de los hombres sobre las mujeres, del marido sobre la esposa, del padre sobre la madre y los hijos e hijas, y de la línea de descendencia paterna sobre la materna. El patriarcado ha surgido de una toma de poder histórico por parte de los hombres, quienes se apropiaron de la sexualidad y reproducción de las mujeres y de su producto, los hijos e hijas, creando al mismo tiempo un orden simbólico a través de los mitos y la religión que lo perpetúan como única estructura posible".

Vivir una situación de violencia de género tiene secuelas evidentes en las mujeres como consecuencia de los impactos traumáticos, así como del aislamiento que generalmente lleva aparejado. Algunos de los impactos son el debilitamiento de la autoestima, la aparición de sentimientos de indefensión y devaluación personal, llegando a dudar del propio criterio y de las capacidades personales, sociales y laborales.

En el acompañamiento psicosocial y en la atención en salud mental de mujeres supervivientes de violencias de género, -incluyendo mujeres en situación de prostitución, víctimas de abusos sexuales y/o de Mutilación Genital Femenina, entre otras formas- es imprescindible garantizar los siguientes aspectos y/o enfoques:

- Perspectiva feminista y de clase.
- Horizontalidad.
- Empatía y actitud de cercanía emocional.
- Distancia cognitiva y emocional adecuada que permita la intervención.
- Importancia de llevar a cabo en las sesiones acciones propias del apego seguro:
 - Crear un espacio seguro.
 - Establecer vínculo terapéutico.

El acompañamiento psicosocial ante esta realidad parte de las siguientes premisas:

- Conocer el momento en que la participante se encuentra respecto de la situación vivida (si fue en el pasado o existe en el presente) y el grado de consciencia que tiene de ella (haya sido en el pasado o lo esté viviendo ahora).
- Dependiendo de si es consciente o no y de si la situación es actual o es pasada, pondremos el foco de la intervención en unos u otros aspectos.

TABLA 4: ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

	SITUACIÓN PASADA	SITUACIÓN PRESENTE
GRADO DE CONSCIENCIA BAJO	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la situación en el momento que la intervención lo indique. • Detectar las posibles secuelas que esté entorpeciendo su proceso de integración y/o la intervención que se esté llevando a cabo. • Psicoeducación en violencia de género. • Prevención de posibilidad de volver a sufrir violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y clarificar la situación en el momento que la intervención lo indique. • Coordinar y derivar, si procede, con servicios de atención psicológica especializados en VDG. • Abordar las secuelas y situaciones que puedan estar afectando a su ajuste psicosocial. • Valoración del riesgo. • Psicoeducación en ciclo de la violencia, si el nivel de vinculación lo permite.
GRADO DE CONSCIENCIA ALTO	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar posibles secuelas que sufre y que puedan estar afectando a su salud, ajuste psicosocial e integración en el entorno comunitario. • Prevenir la posibilidad de volver a sufrir violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la demanda de la participante. • Acompañarla en el proceso de toma de decisiones y en la consecución de los objetivos que se plantee. • Valoración del riesgo. • Coordinar con servicios públicos especializados en violencia de género y derivar cuando sea pertinente y necesario. • Trabajar las secuelas que puedan estar afectando a su salud, ajuste psicosocial y proceso de integración.

ELABORACIÓN: Propia

Los impactos de las violencias de género son múltiples e interseccionan con distintos factores de vulnerabilidad. El trastorno por estrés postraumático complejo (Van der Kolk y Judith Herman, 1992) es una compleja respuesta al trauma que desarrollan muchas personas, sobre todo cuando son víctimas de múltiples violencias de forma continuada y desde una edad temprana (Cáceres-Rubio & Crespo, 2019; López-Soler, 2008). Las situaciones traumáticas relacionadas con las violencias de género encajan en este concepto dado que, en la mayoría de los casos, la situación traumática es interpersonal (maltrato, abuso o negligencia emocional), puede ser prolongada en el tiempo y, en algunos casos, puede haberse sufrido desde una edad temprana. Además de las respuestas propias del TEPT (Trastorno de Estrés Post Traumático), el TEPT Complejo (van der Kolk, Judith Herman 1992) incluye las siguientes manifestaciones (Clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) de la OMS) (Herman 2004).

TABLA 5: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO EN SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIAS DE GÉNERO

GRUPO DE SÍNTOMAS DE TEPT COMPLEJO	SITUACIONES HABITUALES
Historia de sometimiento a un control totalitario en un periodo de tiempo prolongado.	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto de explotación sexual, prostitución y de trata de seres humanos. • Exposición a violencia física y sexual y/o abusos sexuales en la infancia. • MGF, violencia de género en la (ex)pareja, matrimonios forzados.
Alteraciones en la regulación emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones emocionales extremas, problemas de control de la ira, episodios depresivos. • Puede generar problemas de consumo de sustancias como mecanismo de autorregulación.
Alteraciones de la conciencia	<ul style="list-style-type: none"> • Intrusión de recuerdos, sentimientos y sensaciones de las situaciones vividas.
Alteraciones en la percepción de sí misma	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa y vergüenza con respecto a la violencia vivida. • Baja autoestima y autoconcepto. • Sensación de “daño irreparable” de ser distinta a las demás personas. • Sensación de incompreensión.
Alteraciones en la relación con los/las demás	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para establecer vínculos de confianza. • Dificultad para generar relaciones de intimidad. • Revictimización o victimización de otros.

<p>Somatizaciones y problemas médicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolencias físicas recurrentes sin un origen médico claro. • Estrés crónico y trastornos somáticos asociados.
<p>Alteraciones en los sistemas de significado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia sienten desesperanza sobre la posibilidad de encontrar a alguien que entienda su sufrimiento. • Suelen informar de no encontrar sentido a sus vidas. • Una profunda sensación de impotencia aprendida.

FUENTE: CIE 11 (OMS)
ELABORACIÓN: Propia

En el acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental a supervivientes de violencias de género es imprescindible tener en cuenta:

- La posible presencia de disociación como mecanismo de afrontamiento.
- La dificultad de establecer vínculos de confianza e intimidad, que condiciona la posibilidad de iniciar procesos de acompañamiento individual. El tiempo de vinculación será lento y el restablecimiento de la confianza debe respetar los ritmos de la superviviente.
- La necesidad de realizar una valoración del riesgo, si no tenemos las competencias o los vínculos necesarios para hacerlo es imprescindible la coordinación con recursos especializados. Velar por la seguridad de la víctima, apoyar la búsqueda de alternativas para conseguir un entorno seguro.
- Existe riesgo de revictimización que puede agravarse si la víctima se ve expuesta a narrar su historia ante distintas personas, el trabajo en red es indispensable para amortiguar este efecto.
- Todas las acciones han de ir encaminadas a que la superviviente recupere el poder y el control.
- Es muy importante en las intervenciones y acompañamiento psicosocial mostrar una aceptación sin reservas y validación de su experiencia y sintomatología.
- Es indispensable respetar las decisiones que toma la víctima y hacérselo saber.

Partiendo además de las propuestas desde el modelo de psicoterapia de equidad feminista (Moruaga, S. y Pascual P., 2013) destacan 4 objetivos transversales a evaluar en distintos momentos del proceso de acompañamiento terapéutico:

1. Apoyar el proceso de integrar el conocimiento sobre el origen social de su malestar (el patriarcado). Comprender que la vivencia no es individual sino colectiva, compartida por muchas mujeres, desresponsabilizando a la superviviente de las experiencias que puede haber sufrido.

2. Facilitar la identificación y reconocimiento del origen social del malestar en el encuentro con otras mujeres a través del trabajo grupal, generando espacios seguros, fomentando el análisis compartido de las dificultades vividas en relación con el género.

3. Analizar y resignificar las vivencias traumáticas vividas y las posibles secuelas, identificando los bloqueos y teniendo en cuenta siempre el momento en el que se encuentra.

4. Fomentar la implicación activa de la mujer en su proceso de cambio a través de su compromiso con el acompañamiento terapéutico. Los objetivos se consensuan y acuerdan de forma conjunta según el bienestar deseado.

4.3. APUNTES SOBRE TRAUMA

La palabra trauma deriva del griego "herida". Es un dolor emocional intenso que el cerebro no puede tolerar, y que produce una ruptura en el funcionamiento cerebral.

Las experiencias traumáticas se caracterizan por un dolor y estrés intenso, que sobrepasan los recursos naturales de las personas para autorregularse con vivencias extremas de indefensión, desamparo y terror, sensaciones de encontrarse sin salida y sin sentido. El trauma puede incluir todos aquellos eventos en los que las personas hayan visto peligrar su vida, su integridad o la de sus familiares y personas allegadas, suelen ser situaciones de una elevada intensidad.

Las respuestas al trauma, en cuanto a gravedad y afectación en la vida diaria dependerán de algunos factores como:

- El grado o intensidad de la vivencia traumática.
- Antecedentes de experiencias traumáticas previas. Si es un hecho puntual o sostenido en el tiempo.
- Si el trauma es relacional o no, si ha habido un daño intencional o negligencia por parte de otras personas.
- Recursos de afrontamiento de la persona (incluyendo redes de apoyo social).
- Existencia o no de problemas psicológicos previos.
- Tendencia al aislamiento social.

Un concepto interesante para tener en cuenta en la población vulnerabilizada es el de Trauma Acumulativo (Kira et al., 2008). Este concepto implica que una persona ha podido verse expuesta a diferentes situaciones traumáticas desde su infancia que provocarán un mayor estrés de tipo acumulativo (Mitchell, 2003) y que aumenta la probabilidad de sufrir enfermedades en el futuro debido al impacto de mismo.

Los impactos traumáticos de la violencia¹

En muchas ocasiones, en las personas vulnerabilizadas con las que Médicos del Mundo interviene, el trauma no viene derivado de un hecho puntual, si no de unas condiciones sociales y una desigualdad estructural perpetuada en el tiempo y también del impacto de múltiples violencias a lo largo de la vida de una persona. Las reacciones psicológicas más frecuentes son:

Reexperimentación del trauma:

La persona superviviente, puede presentar rememoraciones o recuerdos intrusivos en los que revive los sucesos traumáticos o puede sufrir pesadillas recurrentes que incluyan elementos del hecho traumático en su forma original o simbólica. La angustia ante la exposición a elementos que simbolizan o recuerdan al trauma se manifiesta con frecuencia en desconfianza y miedo a las personas dotadas de autoridad o poder (o percibidas como tales), incluido personal médico y profesionales de la psicología.

A TENER EN CUENTA:

En personas provenientes de países, contextos y situaciones en los que las autoridades son partícipes de violaciones de los derechos humanos no deben considerarse a priori patológicos la desconfianza y el temor ante representantes de la autoridad. Ni tampoco la mentira como estrategia de supervivencia aprendida.

Evitación y embotamiento emocional:

Evitación de todo tipo de pensamiento, conversación, actividad, lugar o personas que activen recuerdos de los hechos traumáticos. Supone una profunda desafección personal y aislamiento social, junto con incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.

Hiperexcitación:

Se puede traducir en dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo, irritabilidad o estallidos de cólera, dificultad de concentración; estados de hipervigilancia, reac-

1 Protocolo de Estambul (ONU 1999).

ciones de sobresalto exagerado; ansiedad generalizada; respiración superficial, sudoración y/o somatizaciones diversas.

Síntomas depresivos:

Estado de ánimo depresivo, anhedonia (clara disminución del interés o del placer en cualquier actividad), alteraciones del apetito, insomnio o hipersomnio, agitación o lentificación psicomotriz, cansancio y pérdida de energía, sensación de inutilidad y excesivo sentimiento de culpa, dificultad de prestar atención, concentrarse o recordar algún acontecimiento, pensamientos de muerte, ideas de suicidio o intentos de suicidio.

Disminución de la autoestima y del sentido del futuro:

La persona superviviente tiene la sensación de haber sufrido daños irreparables y un cambio irreversible de su personalidad, pérdida de sentido del futuro. La persona no planifica un futuro en ninguna de sus esferas.

Disociación, despersonalización y comportamiento atípico:

La disociación es un quiebre en la integración de la conciencia, la memoria y las acciones. La persona puede verse separada o estar inconsciente de ciertas acciones o puede sentirse dividida en dos como si se observase a sí misma desde una cierta distancia. La despersonalización es una sensación sentirse alejado/a desposeído/a de su propio cuerpo. Los problemas de control de los impulsos dan lugar a comportamientos que la persona considera muy atípicos con respecto a lo que era personalidad. Una persona que antes era cauta puede lanzarse a comportamientos de alto riesgo.

Quejas somáticas:

Entre las víctimas de violencia física o psicológica, son frecuentes los síntomas somáticos como dolores, cefaleas u otros síntomas físicos, sin una base médica clara. La única queja que se manifieste puede ser el dolor, que puede variar tanto en ubicación como en intensidad.

Disfunciones sexuales:

Las disfunciones sexuales son frecuentes entre supervivientes de la violencia, tortura, o abusos sexuales. Especialmente relevante aquí resaltar este hecho en personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia, mujeres que han sufrido mutilación genital femenina y mujeres en situación de prostitución.

Síntomas Psicóticos:

Antes de etiquetar un posible trastorno psicótico es importante tener en cuenta que las diferencias culturales y lingüísticas se pueden confundir con síntomas psicóticos, será preciso evaluar sus síntomas dentro del contexto cultural propio de la persona.

Consumo problemático de sustancias psicotrópicas:

Es frecuente que las personas supervivientes de violencia desarrollen cuadros de alcoholismo o toxicomanía como forma de obliterar sus recuerdos traumáticos, de regular sus afectos y de controlar la ansiedad.

Daño neuropsicológico:

La violencia puede causar un traumatismo físico que dé lugar a diversos grados de daño cerebral. Frecuentemente los síntomas pueden ser muy similares a los que componen el trastorno de estrés postraumático y la depresión grave. Las fluctuaciones o deficiencias en el nivel de conciencia, orientación, atención, concentración, memoria y funcionamiento ejecutivo pueden deberse a trastornos funcionales o a causas orgánicas.

El Trauma y el cuerpo

En los últimos años, diversos autores como Bessel Van Kolk (2014) entre otros, gracias a los avances tecnológicos que permiten un mejor análisis del funcionamiento cerebral y el impacto del trauma en el mismo, han puesto el foco en el cuerpo como lenguaje y como lugar donde impactan y quedan grabadas las experiencias traumáticas.

Partiendo de un enfoque integral, es importante ser conscientes de la importancia de involucrar el cuerpo de las personas cuyos procesos queremos acompañar y adoptar una visión biopsicosocial al evaluar e intervenir con personas que pueden haber estado expuestas a situaciones traumáticas.

Las manifestaciones somáticas varían transculturalmente por lo que es interesante desarrollar una mirada sensible a estas diferencias.

Parte del acompañamiento psicosocial a personas expuestas a eventos traumáticos implica ayudar a reconectar con el cuerpo, reconocer las sensaciones físicas y las emociones asociadas en un entorno seguro. Es importante acompañar el proceso para apoyar la regulación de las emociones que surgen.

Además, parte de la expresión somática de las experiencias traumáticas está vinculada al concepto de "memorias implícitas" (V der kolk 2014). La memoria explícita es la memoria más narrativa "qué pasó", "dónde", "con quién". La memoria implícita opera a un nivel más interno, a través del propio sistema límbico respondiendo a las cuestiones: ¿qué siento?, ¿cómo lo siento? Puede ser más difícil de poner en palabras, de tener una estructura y también es más difícil de "olvidar o ignorar". Lo que un evento traumático hizo sentir a una persona, cómo cambió la forma de entender el mundo queda fijado en el cuerpo. **La exposición al recuerdo de un evento hará que las mismas partes del cuerpo se vuelvan a activar.**

Incluir el cuerpo en los espacios terapéuticos relacionados con la recuperación de un trauma implica entender que la memoria implícita habla a través del cuerpo y contiene la información a partir de la cual entendemos e interpretamos el mundo.

Partiendo del marco de intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial con personas vulnerabilizadas, con todas las complejidades añadidas en el contexto, cabe preguntarse si la intervención es posible. Para ello hay que tener en cuenta las siguientes premisas:

- Ser consciente de que el trauma puede estar ahí y puede tener un impacto en la intervención: altera la regulación emocional, el funcionamiento cerebral, las funciones ejecutivas de las personas.
- A nivel terapéutico la posibilidad de una intervención directa va a depender de distintos factores: nivel de vinculación y adherencia de la persona, posibilidad de una intervención continuada, al menos, a medio plazo, voluntad y capacidad de la persona de trabajarlo en el momento actual, contexto de seguridad, exposición actual a situaciones traumáticas, red de apoyo disponible e incluso posibilidad de coordinación institucional.

El caso en el que el abordaje terapéutico no resulte adecuado, porque la persona no está preparada o por condicionantes externos, en el acompañamiento psicosocial y en la atención en salud mental se tendrá en cuenta un enfoque sensible al trauma, incidiendo para ello en 3 aspectos esenciales:

- Creación y desarrollo de espacios y contextos de intervención seguros.
- Promoción de relaciones curativas, facilitación de la regulación afectiva.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y autocontrol.

5. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN: ¿CÓMO ACOMPAÑAR?

5.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA

Los enfoques de intervención propuestos ponen a las personas con las que se interviene en el centro, y las consideran siempre protagonistas de su propio proceso, participando en la toma de decisiones sobre los ritmos y las técnicas más adecuadas para la intervención.

Cada persona es un caso único y no hay fórmulas mágicas para la intervención. No todas las personas están preparadas o desean trabajar grupalmente o tienen acceso a un servicio que pueda hacer un acompañamiento psicológico individual o pueden mantenerlo en el tiempo cuando su situación personal sigue siendo muy vulnerable y/o inestable.

Existe una gran diversidad de perfiles y casuísticas entre las personas con las Médicos del Mundo interviene. Generalizar es peligroso por el riesgo fundamental de encasillar y no ofrecer una respuesta lo suficientemente individualizada a las necesidades de acompañamiento psicosocial y de atención en salud mental. No obstante, teniendo en cuenta los contextos de intervención de Médicos del Mundo en general, en acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental aparecen:

- Duelo migratorio y estrés aculturativo y, en los casos más vulnerables, duelos migratorios complicados o extremos.
- Alto impacto traumático de violencias de género en las mujeres. Impacto amplificado por la interseccionalidad de vulnerabilidades.
- Diversidad de respuestas traumáticas ante situaciones extremas vividas (violencias, situación de calle, viaje migratorio, contexto de prostitución, etc.): estrategias disociativas de afrontamiento, conductas compensatorias.
- Trastornos adaptativos.
- TEPT complejo en supervivientes de violencias.

Inicio de la intervención: contacto, evaluación inicial y vinculación

La evaluación psicosocial de las personas en situación de vulnerabilidad desde entidades sociales incluye la recogida de información del cuadro sintomatológico y la demanda explícita de cada persona. La herramienta fundamental para la evaluación psicológica es la entrevista psicosocial semiestructurada, que suele realizarse en el momento de constatar la necesidad por parte de la organización que inicia la intervención.

Teniendo en cuenta los anteriores enfoques, las estrategias de intervención y evaluación pueden ser variables dependiendo de la situación de la persona, del contexto de la intervención y de su marco cultural en cuanto al trabajo emocional:

- Evaluación en intervención psicológica directa: a través de sesiones individuales o grupales a petición de las personas participantes. También puede iniciarse tras detectar el equipo interdisciplinar algún aspecto a evaluar o susceptible de intervención y haberse acordado con las personas interesadas.
- Evaluación o intervención psicológica indirecta: utilizando estrategias de evaluación o intervención indirecta a partir de acciones de acompañamiento psicosocial, intervenciones en espacios informales, talleres, intervención indirecta a través de compañeros o compañeras del equipo interdisciplinar etc.

Durante la valoración inicial, se inicia el vínculo con la persona y se recopila conocimiento de su situación a nivel emocional, familiar y sobre las circunstancias especiales que puedan tener impacto en el proceso de intervención y que puedan requerir derivación.

Teniendo en cuenta el enfoque transcultural y la evaluación directa e indirecta, la forma prioritaria de evaluación a nivel psicosocial, es la entrevista semiestructurada con apoyo, cuando sea necesario, de la mediación intercultural. La utilización de cuestionarios de autoinforme será valorada en cada contexto, teniendo en cuenta que la mayoría de las pruebas psicométricas no están, en su mayoría, validadas transculturalmente. Sea durante la entrevista inicial o sucesivas, se trabaja siempre en coordinación con el sistema público de salud y con recursos sociales y comunitarios especializados en determinadas casuísticas (Trata, entidades especializadas en LGTBI, Salud Mental, Adicciones, Unidades de Conductas Adictivas Centros de Atención temprana, recursos de la red contra la violencia de género, etc.). Se contactará, siempre que sea posible, con servicios médicos, psicológicos o sociales que hayan intervenido de forma previa con la persona.

Además de las derivaciones externas, cuando sea pertinente, también se prestará especial atención al trabajo interdisciplinar, durante toda la valoración.

Durante esta etapa se suelen llevar a cabo acompañamientos psicosociales y sanitarios que favorecen la evaluación fuera del contexto de la "consulta individual" y refuerzan el establecimiento del vínculo terapéutico. La intervención psicosocial en contextos informales es especialmente relevante con personas en situación de especial vulnerabilidad (contextos de prostitución, sinhogarismo, personas residentes en asentamientos etc.).

Sesiones intermedias de intervención

En el caso de que se detecte una demanda explícita o una necesidad psicosocial susceptible de intervención por parte de un servicio especializado en acompañamiento psicosocial y atención en salud mental se abrirá un proceso de intervención individual.

Teniendo en cuenta las particularidades de la población vulnerabilizada, en este punto hay que prestar especial atención al establecimiento del vínculo terapéutico y asegurarnos de consensuar los objetivos de la intervención con la persona (nunca imponer), así como acordar la frecuencia de las intervenciones.

- Es muy importante dedicar el tiempo que sea necesario a aclarar todos los aspectos relativos a la confidencialidad, la protección de datos y su consentimiento informado siempre que proceda la realización de algún informe.
- Muchas veces será necesario explicar cuál es el trabajo de un/a profesional de la psicología en el contexto concreto de la intervención ya que hay muchas personas que, por su marco cultural, lo desconocen o tienen una percepción que puede no coincidir con la realidad o estar asociada al estigma.

En contextos como los que se han descrito con anterioridad, es interesante incorporar estrategias de intervención en contextos informales, en base a la realidad de muchas personas, y como estrategia para generar vinculación segura. Esto no quiere decir que una vez que la persona demanda un espacio de intervención individual, no sea necesario que este se produzca en las mejores condiciones “físicas” posibles, de forma que pueda percibirse con un espacio seguro:

- Salas que garanticen la confidencialidad real y percibida por la persona.
- Ambiente cálido y tranquilo.
- Luz natural siempre que sea posible.
- Disposición de la sala que no invite a percibir relaciones de poder. Butacas cómodas a un mismo nivel, etc.

Cierre de intervención

El proceso finaliza con el cierre de la intervención, que se puede dar por diferentes motivos:

- El logro de los objetivos terapéuticos. Lo cual no impide que más adelante, se realice algún tipo de seguimiento o sea pertinente la elaboración de un informe.
- El abandono del proceso de intervención por parte de la persona: En situaciones de vulnerabilidad extrema, como es el contexto de prostitución, sinhogarismo etc., la inestabilidad y la movilidad pueden llegar a ser la norma, por lo que es bastante complicado mantener una regularidad en las intervenciones. En este caso, siempre que sea posible, habrá que ahondar en posibles motivos, por si implican situaciones de un mayor riesgo para la persona. En cualquier caso, siempre se partirá del respeto y la legitimación de las decisiones de los y las Titulares de derechos. Cuando sea posible es importante mantener el seguimiento en esa fase del proceso, bien hasta la estabilización emocional de la persona o bien hasta el acceso a un nuevo recurso que pueda retomar la intervención a largo plazo.

El objetivo de la intervención es apoyar a la persona a la que se está acompañando a mejorar aquellos aspectos psicosociales que pudieran estar suponiendo una dificultad en su vida, en su salud y en su integración comunitaria. El proceso de acompañamiento debería, por tanto, darse por concluido una vez su situación social y/o personal se va normalizando, pero la realidad dista de este planteamiento, pues, en la mayoría de las ocasiones, la aparente mejoría puede ser precaria e inestable debido, entre otras cosas, a las múltiples interseccionalidades que han podido con-

formar su situación de vulnerabilidad. Además, como en cualquier otra intervención de esta índole, el proceso de desvinculación debe ser paulatino.

En los casos en los que se ha iniciado un proceso individual más o menos estable, teniendo en cuenta las circunstancias, la propuesta sería establecer una serie de entrevistas de cierre en las cuales se pueda establecer la desvinculación con las personas y servicios que han acompañado su proceso. Serían sesiones más espaciadas en el tiempo y en las que corroborar que los cambios realmente se mantienen y, a su vez, potencian transformaciones en otras áreas en las que no se había intervenido, siendo útiles para la vida diaria de la persona.

Para hacer un balance de la intervención se pueden utilizar varias estrategias. Una de ellas es el uso de entrevistas focalizadas sobre las valoraciones que la propia persona hace acerca de su situación actual en comparación con la inicial, dado que la percepción subjetiva es la prueba más valiosa del cambio. También pueden ser útiles valoraciones estructuradas como escalas de avance, cuestionarios diseñados ad hoc u otras medidas similares.

Es muy relevante que la persona sepa que puede seguir contando con atención puntual si lo cree conveniente, pues esto puede generar un sentimiento de seguridad y permitir que los cambios positivos sean duraderos y estables, partiendo siempre de la situación de autonomía que se ha generado durante el acompañamiento.

De cara a favorecer esa autonomía, durante el proceso de cierre es interesante acompañar y favorecer la vinculación entre las personas participantes y el tejido asociativo local, de cara a facilitar nuevas redes de apoyo social.

5.2. INTERVENCIÓN GRUPAL

Tal y como se describe en el apartado correspondiente, desde un enfoque psicossocial, la prevención, la generación de vínculos grupales de resistencia y de pertenencia, el trabajo de fortalecimiento y el apoyo a la generación de un relato de supervivencia, son claves para la recuperación del bienestar psicossocial en colectivos vulnerabilizados y personas expuestas a múltiples violencias.

Por tanto, el trabajo grupal es clave en la intervención en salud mental y acompañamiento psicossocial. En el sentido inverso, la apertura de espacios grupales puede permitir que se detecten necesidades individuales que, una vez producida la vinculación, puedan abordarse abriendo un proceso terapéutico o de acompañamiento individual.

Durante todo el proceso de intervención individual se pueden detectar necesidades abordables a nivel grupal.

Las acciones grupales se proponen en base a las necesidades detectadas, compartidas por varias personas Titulares de Derechos. La participación en las actividades grupales es siempre voluntaria y se tienen en cuenta factores culturales, de género, identidad y orientación sexual, para asegurar la creación de espacios seguros.

Puede haber un continuo en cuanto al nivel de acompañamiento profesional en las acciones grupales. El nivel de máximo acompañamiento y profesionalización de los grupos se daría en el caso de aquellos conformados por personas con alto nivel de vulnerabilidad y vínculo muy reciente con la organización. En el nivel de mayor autonomía, las personas participantes podrían llegar a tener un papel organizador y proponente de los espacios grupales con un alto grado de autogestión.

En el apartado 7 se ejemplifican algunas acciones grupales que pueden tener un impacto positivo en la salud mental y acompañamiento psicosocial de personas en situación de vulnerabilidad.

6. TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS: ¿CON QUÉ RECURSOS INTERVENIR?

En primer lugar, plantearemos técnicas adecuadas para trabajar con personas en situación vulnerable que no presentan necesariamente impactos traumáticos ni un trastorno mental diagnosticado. Se trata de técnicas que, dependiendo del contexto y de los objetivos concretos, pueden desarrollarse tanto a nivel individual como grupal. Posteriormente se resumen herramientas válidas y contrastadas científicamente, para el trabajo con personas que presentan impactos traumáticos.

6.1. TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Técnicas de relajación

Con el objetivo de reducir algunos estados adaptativos de activación, en especial los producidos por activación emocional, existen numerosos procedimientos de relajación muy dispares según el objetivo principal a lograr, ya que no todas las técnicas consiguen los mismos efectos. Los más utilizados en la actualidad son:

- Relajación diferencial: basada en breves ejercicios de tensión y distensión de grupos musculares.
- Entrenamiento autógeno: basado en la evocación y concentración en distintas sensaciones corporales (peso, calor, respiración, latidos...) en un orden establecido.
- Control de la respiración: a través de la conciencia de esta y del aprendizaje de distintas técnicas de respiración con objetivos específicos.
- Técnicas de Biofeedback: que operan a través del conocimiento y toma de conciencia de distintos parámetros fisiológicos mediante sensores y la propia interocepción.
- Yoga (especialmente Yoga Sensible al Trauma): focalizando las técnicas sobre todo en la conexión cuerpo mente y en mecanismos de autorregulación emocional.

- Técnicas de meditación o Mindfulness: enfocado sobre todo en detener el “ruido mental”, aprendizaje orientado a focalizar la mente en el momento presente eliminando juicios y propiciando actitudes de curiosidad y aceptación.
- Visualización o Relajación en Imaginación: induciendo imágenes o recorridos sensoriales que permitan llevar a la mente y al cuerpo a un estado de calma y bienestar.

La técnica para elegir dependerá por un lado del contexto de la intervención y por otro de la formación de los/las profesionales que realizan la intervención. La mayoría de las técnicas se pueden realizar tanto a nivel individual como grupal. Es importante tener en cuentas barreras lingüísticas y/o culturales y características de los espacios disponibles para la intervención. La mayoría de las técnicas son guiadas por un/una profesional pero, a través del entrenamiento, en la mayoría de los casos, las personas pueden adquirir la autonomía suficiente para “auto aplicarlas” en su contexto cotidiano.

6.1.2. TÉCNICAS DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL U ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO.

Estas técnicas pueden ser de utilidad para personas atrapadas en un círculo vicioso de pensamientos negativos, estados de ánimo bajo, y un contexto que los lleva a una grave sensación de ineficacia e indefensión. Para favorecer un cambio de afecto nos será de ayuda, a través de la psicoeducación, explicar las relaciones conducta-depresión-ambiente, hacer énfasis en la relación entre reforzadores y el estado de ánimo, insistir en que el cambio emocional no tiene necesariamente, que ser previo al cambio de conducta. Para ello en la intervención se ayuda a diseñar tareas sencillas y accesibles graduadas y dirigidas, y planificar actividades agradables con un nivel de muy baja exigencia y una estrategia muy gradual. Paralelamente, se trabajan con la persona las cogniciones negativas

Técnicas narrativas

Se trabaja la expresión emocional a través de técnicas verbales o narrativas. El objetivo es la liberación emocional en un contexto de vínculo seguro. Es especialmente útil para trabajar, por ejemplo, el relato migratorio o la historia de supervivencia ante una situación de violencia, por supuesto el contexto tiene que partir de la voluntad de la persona de narrar y de un vínculo terapéutico adecuado. No se trata de narrar por narrar, si no de conseguir resignificar la experiencia de forma que el proceso resulte sanador, se pueden utilizar cartas, diarios, fotos, visualización y poesía para facilitar la expresión emocional, de pensamientos, recuerdos, etc.

6.2. TÉCNICAS DE TRABAJO EN CASOS DE TRAUMA Y TEPT

Como planteábamos anteriormente, el enfoque psicosocial parte de no focalizarse solo en la sintomatología traumática sino también, y sobre todo, en fortalecer los factores de resiliencia de las personas expuestas a vulneraciones de derechos, favoreciendo la autorregulación, la creación de redes de apoyo y las reacciones de resistencia, no obstante, hay ocasiones en las que las reacciones traumáticas se cronifican y generan problemáticas graves de salud mental que hay que abordar, siempre en coordinación con los recursos del sistema público.

Como contrastamos con las personas en situación de vulnerabilidad atendidas, también se detecta prevalencia de patologías duales, trastornos adictivos y trastornos psicóticos que hay que trabajar coordinadamente con recursos especializados y facilitar un seguimiento psiquiátrico.

En la siguiente tabla se resumen algunos impactos habituales en personas expuestas a experiencias traumáticas y técnicas propuestas para su manejo y mejora de la sintomatología.

TABLA 6: REACCIONES TRAUMÁTICAS COMUNES Y POSIBLES TÉCNICAS PSICOLÓGICAS DE INTERVENCIÓN		
PROBLE- MÁTICA	SIGNOS Y SÍNTOMAS	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
<p>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reexperimentación: recuerdos intrusivos, pesadillas, respuestas emocionales intensas a los recuerdos. - Evitación activa de todos los estímulos relacionados con el evento traumático, así como esfuerzos por evitar pensar en lo ocurrido, no querer ver noticias ni imágenes relacionadas con la situación traumática, etc. - Los síntomas duran más de un mes e interfieren en el día a día. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia de exposición. - Terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma. - Terapia para el control de la ansiedad o el estrés o EIE. - Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares o EMDR.

**TRASTORNOS
DEPRESIVOS**

- Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
 - Pueden aparecer algunos de los siguientes síntomas: cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.
 - Cursan con un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - Los síntomas aparecen la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas.
- Activación Conductual.
 - Reestructuración cognitiva.
 - Terapia interpersonal.
 - Solución problemas.
 - Técnicas positivas.

FUENTE: Colegio Oficial de la psicología de Madrid (2016)
ELABORACIÓN: Propia

7. HERRAMIENTAS Y DINÁMICAS PARA EL TRABAJO PSICOSOCIAL

7.1. EXPERIENCIAS DE INTERVENCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL INDIVIDUAL

“Aquí he encontrado un lugar donde sentirme libre y segura”

Mujer migrante de 22 años procedente de Guinea Ecuatorial en situación de prostitución.

Varios años en España. Un hijo de 6 años a su cargo.

Situación psicosocial al inicio de la intervención:

- Estado de ánimo muy bajo.
- Situación de vulnerabilidad por el contexto de prostitución.
- Víctima de múltiples agresiones y violencias de género.
- Déficit en habilidades sociales. Desconfianza y suspicacia como mecanismo de afrontamiento.
- Muy vinculada a creencias culturales del país de origen, en las que enmarca la interpretación de su malestar. Relata tener un “marido espiritual” que ejerce determinados mandatos en ella.
- Creencias relacionadas con la brujería. Cree poseer un don para saber qué puede ocurrir en el futuro.
- Acude al servicio psicológico de Médicos del Mundo derivada por otra entidad, accede porque el recurso que la deriva la apoya económicamente.
- En valoración inicial se observa gran capacidad para expresar como se siente. Le gusta escribir, refiere que “Me gustaría escribir un libro para contar mi historia”.

Intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial:

Las primeras sesiones se centraron en trabajar el vínculo de confianza. Se partió de la primera demanda de la mujer: “Quiero ponerme a mí misma en el centro, mejorar mi autoestima, no hacer siempre lo que quieran los demás”.

- Se realizan algunas primeras sesiones psicoeducativas sobre ansiedad, higiene del sueño y gestión de las emociones.
- Se proponen actividades para fomentar el vínculo con su hijo y disfrutar de un ocio saludable.
- Inicia un trabajo narrativo, construyendo su “diario emocional”.
- Se valida su interpretación cultural de su malestar y se le apoya con búsqueda de estrategias para mitigar la ansiedad que le provocan las “presencias”.

Situación actual:

Se ha conseguido una alianza terapéutica segura que permite un acompañamiento cercano en temas más “centrales”: Vinculación relacional y acompañamiento en duelo ante una situación reciente de ruptura sentimental.

“Sin apoyo y acompañamiento hubiera perdido del todo a mi hija. Estaba en un callejón sin salida. Ahora siento que tengo herramientas para afrontar situaciones, que antes no sabía cómo afrontar”.

Mujer de 40 años, situación de calle, madre de 1 hija, víctima de violencia de género.

Tiene una hija de 12 años, acogida temporalmente por la abuela. El padre de la menor cumpliendo condena por VG en un centro penitenciario de la provincia.

El Servicio de Protección a la Infancia de la comunidad autónoma en la que reside ostenta actualmente la tutela de la menor y su abuela paterna mantiene el acogimiento temporal. Desde el Sistema de Protección de Menores contactan con la Titular de Derechos para establecer oficialmente el acogimiento por parte de la abuela dada la situación de desprotección y desamparo en la que se encuentra la menor.

Situación psicosocial al inicio de la intervención:

La Titular de Derechos responde negativamente a la llamada del servicio de protección de menores muestra reticencias colaborar y a acudir a una reunión de mediación. Muestra una actitud de rechazo ante la medida propuesta.

- En las sesiones mantenidas, la Titular de Derechos refiere el notable estado de ansiedad que le genera mantener un encuentro con el personal técnico de protección a la infancia.
- Intenso temor ante el posible escenario de no poder mantener adecuado autocontrol emocional si el escenario no fuera positivo y que ello pudiese suponer que le prohibiesen ver a su hija de forma definitiva.

Intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial:

- Se le ofrece a la Titular de Derechos apoyo psicosocial para evaluar su situación actual y participar en la intervención de los servicios de protección del menor.
- Espacio individual de acompañamiento y apoyo emocional.
- Apoyo en la adquisición de herramientas y habilidades sociales. Entrenamiento en habilidades sociales y autocontrol emocional.

- Acompañamiento psicosocial y coordinación institucional: se ofrece a la Titular de Derechos la opción de realizar un acompañamiento psicosocial a la cita propuesta por la Protección de Menores. Durante la reunión formal, reconoce la necesidad de llegar a un acuerdo por el bien de la menor y firma la autorización pertinente.
- Acompañamiento en negociación familiar: posteriormente se apoya y acompaña a la Titular de Derechos en la negociación familiar que debe mantener con la abuela para establecer el régimen de visitas semanal. Una vez establecido el régimen de visitas con su hija, éstas se mantienen.
- Intervención psicoeducativa: citas periódicas de atención psicológica enfocadas en el entrenamiento de habilidades personales y en la planificación de los encuentros con la menor, estableciendo un marco seguro para la misma a través de una adecuada intervención psicoeducativa con la madre.

Situación actual:

El soporte emocional y la intervención psicosocial orientada al empoderamiento de la Titular de Derechos le permitió afrontar con éxito este complejo proceso con el fin de mejorar el bienestar personal y familiar.

“Nunca imaginé que podría conseguir justicia social y apoyo para mi hijo y para mí en mi situación como migrante. Estoy muy agradecida por todo el apoyo profesional que he recibido”.

Mujer migrante de 33 años procedente de Bolivia con múltiples impactos en la salud mental. Madre soltera de menor con discapacidad y trastorno de salud mental. Situación administrativa irregular de prostitución. Varios años en España. Un hijo de 6 años a su cargo.

Situación psicosocial al inicio de la intervención:

Llegada a España hace pocos meses junto a su hijo de 16 años diagnosticado de trastorno del espectro autista y TDAH acompañado de conductas violentas que sufre su madre diariamente sin posibilidad de contención.

Sin ingresos económicos ni apoyo familiar o social. La situación de dependencia de su hijo le imposibilita poder buscar ingresos económicos al no disponer de apoyos para los cuidados que el menor requiere. Empadronada en la ciudad tiempo inferior a tres meses. Residen en una habitación en régimen de alquiler, existiendo riesgo de desalojo por impago y problemas de convivencia con el menor.

Solicita ayuda para provisión de medicamentos para el tratamiento TEA de su hijo al no disponer de medios económicos.

Más tarde informa que ha sido expulsada del alojamiento y que está embarazada. Ha sufrido abusos sexuales por parte del arrendador de la habitación bajo la amenaza de expulsión por impago, lo que ha realizado finalmente.

Intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial:

- Entrega de medicamentos para tratar el TEA que padece el menor al no dar cobertura el SNS.
- Acompañamiento psicosocial de la madre en todo el proceso de solicitud de tutela urgente con el equipo de menores de la comunidad autónoma.
- Coordinación con Unidad psiquiátrica hospitalaria, donde dada la extrema gravedad se consigue el ingreso del menor. Desde el hospital se gestiona el acceso a un recurso específico para personas con discapacidad para el menor.
- Coordinación y acompañamiento psicosocial de la derivación, con Centro de Orientación Familiar, ante el embarazo de la madre tras los abusos sufridos.
- Acompañamiento psicosocial en proceso de denuncia de oficio por agresión sexual. Se obtiene orden de alejamiento.
- Acompañamiento psicosocial en todo el proceso de IVE.

El acompañamiento psicosocial y la intervención en salud mental se realiza dentro de una **perspectiva integral e interdisciplinar** que ha implicado el **trabajo en red** con distintos agentes y recursos comunitarios,

- Red especializada en VDG, para gestionar recurso residencial.
- Servicios Sociales para gestionar la tutela del menor.
- Coordinación con entidad de Acogida especializada en Asilo, para valorar posibilidades de recursos residencial especializado como solicitante de Protección Internacional en situación de vulnerabilidad extrema.
- Coordinación con cuerpos y fuerzas de seguridad (denuncia y orden de alejamiento por agresión sexual). Gestión de cita urgente para Solicitar Protección Internacional.

Situación actual:

- Actualmente la TdD se encuentra alojada en el recurso residencial de una entidad de Acogida para Solicitantes de Protección Internacional, pendiente de acceder a recurso específico para mujeres víctimas de agresión sexual, al que será trasladada lo antes posible, situado en una localidad cercana al centro en el que reside su hijo menor, para mantener el vínculo familiar madre - hijo.
- Mejora su situación emocional, aunque continuará con apoyo psicológico en el recurso específico al que se trasladará.
- Su situación documental mejora al contar con documentación como solicitante de Protección Internacional. Se elaborarán informes psicosociales para apoyar su solicitud de asilo.
- Pendiente la celebración de juicio para tomar declaración por las agresiones sexuales sufridas a través del acompañamiento y/o coordinación con los recursos en los que está siendo atendida, se garantizará la preparación y acompañamiento psicosocial en todo el proceso judicial.

7.2. PROPUESTAS PRÁCTICAS PARA LA INTERVENCIÓN

1. FORMACIÓN PARA ASOCIACIONES EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Contexto de intervención:

Debido a la gran demanda de apoyo psicosocial entre personas migrantes, se identifica la necesidad de formar a los colectivos como agentes esenciales en el cuidado y la promoción de la salud mental.

Paralelamente, en contextos de tránsito de personas migrantes, se detecta la necesidad de realizar la misma formación con equipos de calle de distintas organizaciones que intervienen con personas migrantes en muchos casos en situación de extrema vulnerabilidad.

Perfil de personas participantes:

Personas de orígenes culturales diversos, que forman parte de asociaciones de personas migrantes.

Equipos técnicos de diferentes ONG que intervienen en frontera sur.

Objetivos de la actividad:

- Empoderar a las personas migrantes en cuanto a la promoción de la salud mental teniendo en cuenta el impacto del duelo migratorio, así como la perspectiva intercultural.
- Facilitar la puesta en práctica de primeros auxilios psicológicos facilitando formación al tejido asociativo migrante.
- Dotar a los equipos de calle de zonas de tránsito para el abordaje de intervenciones con personas migrantes en situación de vulnerabilidad psicosocial.

Objetivos específicos:

- Facilitar espacios para hablar de salud mental.
- Promover estrategias útiles para el cuidado colectivo y el autocuidado.
- Conocer las reacciones emocionales posibles ante una situación adversa y recomendaciones para dar apoyo.
- Mejorar la atención a Titulares de Derechos con problemas de salud mental, aminorar los riesgos de los equipos y aumentar la eficacia en las intervenciones.

Recursos necesarios:

- Guion y material para las sesiones.
- Sala adecuada para el trabajo grupal.
- Ordenador, proyector, altavoces.

Desarrollo de la actividad:

Cada taller con una duración de 2 horas y media.
Se abordan las siguientes temáticas:

- Presentación de la entidad.
- Los primeros auxilios psicológicos, qué son y quién los puede prestar.
- Reacciones emocionales frecuentes ante situaciones complejas.
- Cómo acompañar a una persona en un momento de crisis.
- Rompiendo mitos sobre el suicidio.
- La importancia del cuidado de quien cuida.
- Dónde pedir ayuda.

Metodología práctica y participativa. Las sesiones terminan con un espacio de resolución de dudas, debate conjunto y conclusiones.

En la formación de equipos de intervención en calle, se incluyen pautas de intervención en personas con reacciones psicóticas.

Valoración y resultados:

- Evaluación muy positiva por parte de las asociaciones y equipo formador.
- Refuerza el papel de tejido asociativo migrante en la acogida y acompañamiento a personas recién llegadas.
- Algunas participantes enlazaron con otras actividades como los grupos de mujeres.
- En cuanto a equipos técnicos de intervención en calle mejora la sensación de autoeficacia a la vez que facilita la accesibilidad a recursos adaptados a las necesidades de TdD.

2. ESPACIO GRUPAL DE EMPODERAMIENTO PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

Contexto de intervención:

Como parte de la intervención integral con mujeres en situación de prostitución, en distintas sedes autonómicas se organizan espacios grupales para mujeres en situación de prostitución que manifestaban necesidad de establecer nuevos vínculos fuera de su entorno diario, y disponer de un espacio seguro donde conectarse con sus propias necesidades, sentirse comprendidas y no estigmatizadas.

Perfil de personas participantes:

Mujeres en situación de prostitución.

Objetivos de la actividad:

- Ofrecer a las mujeres en prostitución información sobre sus derechos, herramientas de manejo emocional y bienestar psicológico.
- Formación en feminismo y violencias machistas, salud integral (biopsicosocial).
- Creación de espacio feminista y decolonial en el que compartir experiencias desde la seguridad y confianza.

Recursos necesarios:

- Sala grupal adaptada a las características de la actividad. Garantizando calidez, confidencialidad del espacio, etc.

Desarrollo de la actividad:

Las sesiones grupales se desarrollan quincenalmente. Para el buen desarrollo del grupo, se considera muy importante:

- Grupo coordinado por profesional con formación en intervención psicológica y acompañamiento psicosocial.
- Valoración y seguimiento psicosocial continuo de las participantes.
- A pesar de trabajarse contenidos prefijados, a medida que las mujeres se van empoderando y estableciendo vínculos entre ellas, van proponiendo temáticas a abordar.

Valoración y resultados:

- En general, las mujeres valoran positivamente el grupo. Las mujeres comentan que antes de participar de los talleres de empoderamiento no conocían sus derechos, no tenían voz ni sabían reivindicar por sus necesidades.
- Las participantes refieren que en los talleres sienten que existe un espacio donde desahogarse y apoyarse para seguir adelante, muchas afirman haberse sostenido en el grupo y la idea de que no están solas para enfrentar muchos momentos de dificultad, vulnerabilidad, violencias y necesidades.
- Tanto profesionales como mujeres participantes identifican una mejora clara en la capacidad de gestión emocional de las participantes.
- Las mujeres dicen sentirse más empoderadas y con una mayor sensación de bienestar tras pasar por los talleres.

3. ESPACIOS DE AUTOCUIDADO, REDUCCIÓN DE DAÑOS CON MUJERES SIN HOGAR

Contexto de intervención:

El enfoque del sinhogarismo desde una perspectiva de género ha puesto en evidencia las diferencias presentes en los procesos de exclusión entre hombres y mujeres. Los recursos de atención social e itinerarios son asimétricos y están muy masculinizados.

Muchas mujeres permanecen en situación de extrema vulnerabilidad, en situación o en riesgo de exclusión social severa (exclusión residencial, precariedad económica, situación de violencia...), pero son invisibles en los datos relativos al sinhogarismo.

Muchas mujeres evitan participar en espacios mixtos para personas sin hogar, por sentir que no se adaptan a sus necesidades como mujeres. Existen un número mucho más reducido de plazas para mujeres tanto en centros de día como en albergues o lugares de pernocta. Esto reduce las posibilidades de detección de problemáticas psicosociales y la intervención interdisciplinar por parte de profesionales.

Perfil de personas participantes:

Mujeres en situación de sinhogarismo y/o en situación de vulnerabilidad extrema.

Objetivos de la actividad:

- Incorporar la perspectiva de género a la intervención con personas sin hogar.
- Facilitar la vinculación de mujeres en situación de exclusión grave a recursos de apoyo para personas sin hogar.
- Detectar problemáticas de salud mental e impactos vinculados a las violencias de género.
- Promover la asistencia regular a un espacio de reducción de daños

Recursos necesarios:

- Espacio de reducción de daños.
- Centro de día con posibilidad de uso.

Desarrollo de la actividad:

Como medio para establecer este vínculo y para promover una asistencia regular que favorezca el mantenimiento de una intervención continuada por parte de los profesionales, se ha implantado un día específico en el centro, destinado exclusivamente a las mujeres.

- El servicio de lavandería y ducha funciona este día de forma exclusiva para mujeres, así como la entrega de material preventivo, material de aseo y de higiene íntima.
- Las mujeres pueden este día hacer uso de todos los servicios disponibles y recibir atención especializada en un espacio seguro y adaptado.
- Los servicios de atención social, educativa y psicosocial están centrados este día en dar cobertura a las necesidades específicas de las mujeres con el fin de promover un cambio social desde el enfoque de género.
- Se imparten dos talleres específicos para mujeres semanalmente en ese espacio: Taller de Autocuidados y Taller de yoga/meditación para ofrecer un espacio de relación entre Titulares de Derechos mujeres en el que puedan compartir sus inquietudes, sus vivencias y disponer de un espacio de apoyo mutuo.

Valoración y resultados:

- Se incrementa la participación de las mujeres en el centro.
- Se fomenta la ampliación de redes sociales de apoyo para mujeres en situación de vulnerabilidad.
- Se mejora la adherencia a la intervención psicosocial.
- Se facilita la detección de situaciones de riesgo.

4. ESPACIO GRUPAL DE ENTRENAMIENTO COGNITIVO PARA PERSONAS SIN HOGAR

Contexto de intervención:

La actividad se enmarca en un contexto de reducción del daño, dado el deterioro cognitivo que presentan algunas personas con el perfil descrito. Se trata de una actividad psicoeducativa que facilita el autocuidado de las personas participantes y facilita un espacio seguro donde también se pueden construir redes de apoyo social.

Perfil de las personas participantes:

Personas en situación de calle que refieren o muestran cierto deterioro cognitivo (personas sin hogar, problemática de adicciones, patología dual, problemas de SM, personas mayores...)

Objetivos de la actividad:

- Mantener el estado cognoscitivo general.
- Mejorar el nivel funcional en actividades de la vida diaria.
- Evaluar las limitaciones y desarrollar las destrezas en distintas áreas cognitivas.

- Mejorar la sensación de autoeficacia y capacidad en la solución de problemas.
- Facilitar la integración de los participantes en un grupo de iguales.

Recursos necesarios:

- Espacio de reducción de daños, sala que permita la intervención grupal.
- Ejercicios en formato papel y digital, para favorecer el entrenamiento cognitivo.
- Fichas de trabajo seleccionadas por tarea, nivel y capacidades previas de cada participante.
- Pantalla/pizarra.

Desarrollo de la actividad:

Se trabajan las distintas capacidades cognitivas: atención, funciones ejecutivas, lenguaje, memoria, percepción, visoconstrucción, orientación, praxias, gnosias, cognición social.

Las actividades pueden realizarse en formato presencial e individual, de forma tanto presencial como a distancia.

Valoración y resultados:

Las personas participantes se muestran satisfechas al observar una mejoría en su desempeño en la ejecución de actividades en las distintas áreas cognitivas, destrezas que consideran muy necesarias y útiles en la vida diaria.

5. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON MENORES MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS

Contexto de intervención:

La ciudad de Melilla cuenta con un gran número de menores extranjeros/as no acompañados/as, en situación de calle. Médicos del Mundo lleva años trabajando tanto con estos/as menores, como con quienes, al cumplir la mayoría de edad, han quedado sin protección y con los/as profesionales implicados en su proceso educativo y de integración social.

Perfil de las personas participantes:

Menores en centros de protección y en situación de calle, jóvenes extutelados/as Profesionales de los centros de protección y entidades colaboradoras.

Objetivos de la actividad:

- Mejorar el bienestar psicosocial de menores en protección y extutelados/as, tanto a nivel individual como grupal.
- Facilitar a los equipos educativos de los centros de protección de menores habilidades para la atención integral de las necesidades de la infancia, haciendo hincapié en la promoción del bienestar emocional y el desarrollo de hábitos saludables que prevengan y/o mermen la incidencia de trastornos psicológicos.
- Mejorar la coordinación interinstitucional que favorezca el bienestar de los menores.

Recursos necesarios:

Profesional de la psicología de la organización junto a mediadora intercultural, para implementar las jornadas formativas con menores, jóvenes y profesionales, en sesiones individuales y grupales.

Desarrollo de la actividad:

Se realizan talleres individuales y grupales con menores y jóvenes sobre promoción de hábitos saludables, desahogo emocional, motivación para el cambio, psicoeducación, prevención de adicciones e ITS, orientación jurídica, etc. que favorezcan su bienestar integral y promuevan la salud mental.

Se apoya con formaciones relacionadas con lo anteriormente citado a profesionales de los centros de menores y educadores/as de calle para que amplíen sus conocimientos y herramientas en la intervención integral con menores, incluyendo la mediación cuando sea necesario.

Valoración y resultados:

Con los menores en situación de calle se trabaja con el objetivo de que ingresen en los recursos de protección.

Tanto profesionales como menores y jóvenes se apoyan y mejoran su estado de salud integral.

7. VOLUNTARIADO EN SALUD MENTAL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL**Contexto de intervención:**

Médicos del Mundo Aragón tiene un grupo de voluntariado especializado en salud mental y apoyo psicosocial desde hace más de 14 años. La mayor parte de la intervención se realiza en la sede de Zaragoza.

Son profesionales de la salud mental (psicología y psiquiatría) que realizan atención directa individualizada y grupal con la coordinación de una técnica.

Perfil de las personas que participan:

- Personas con dificultades/barreras en el acceso al Sistema Público de Salud, personas migrantes mayoritariamente.
- Personas en situación de prostitución / víctimas de trata con fines de explotación sexual.
- Personas refugiadas o solicitantes de protección internacional.
- Personas que atraviesan un duelo migratorio complejo.

Objetivos de la actividad:

- Ofrecer intervención psicológica y psiquiátrica individual y/o grupal, a personas con dificultades en el acceso al Sistema Público de Salud y en situación de vulnerabilidad social.
- Prevenir impactos emocionales derivados de situaciones de vulnerabilidad, acompañar procesos de recuperación y resiliencia a través de intervención psicológica y psiquiátrica
- Facilitar el acceso al Sistema Público de Salud.

Recursos necesarios:

- Sala para atenciones, adaptada para intervención psicológica.
- Sala para formaciones al voluntariado.
- Recursos necesarios para privacidad y registro de datos informáticos y en papel.
- Espacios de seguimiento de los casos. Supervisiones externas.

Desarrollo de la actividad:

Protocolos de acogida y derivación al voluntariado: de entrada a la organización y de derivación al voluntariado. Las personas voluntarias son profesionales de la psicología sanitaria y psiquiatría. Formación inicial y continua al equipo de voluntariado. Valoración y seguimiento psicosocial continuo (trabajo en equipo). Estudio de casos. Coordinación técnica del grupo por parte de profesional de salud mental y acompañamiento psicosocial: gestión de citas, seguimiento base de datos, cuidados y formaciones al grupo, apoyo en situaciones de “urgencia”, etc.

Valoración y resultados:

El voluntariado en permite realizar apoyo psicológico individual y grupal de forma profesionalizada y con calidad y calidez, tratando de adaptar las intervenciones al contexto social y cultural de la persona; siempre en estrecha colaboración con otras profesionales, realizando un buen trabajo en red con el Sistema Público de Salud.

Las personas atendidas valoran el recurso de forma muy positiva destacando la calidez del servicio, la adaptación a su situación comprensión y profesionalidad.

La sensación del grupo de personas voluntarias es muy positiva. El voluntariado se suele sentir cuidado y reconoce el reto profesional que supone trabajar con situaciones complejas como las que se abordan en organizaciones como Médicos del Mundo. El voluntariado a este nivel tiene un efecto sensibilizador en la comunidad y en las y los profesionales de la salud mental involucrados/as.

8. EL TRABAJO CON LOS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN DIRECTA

8.1. PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES ESPECÍFICOS

¿A qué se enfrentan los equipos de intervención?

El acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental en contextos de vulneración de derechos, violencias de género y situaciones de extrema vulnerabilidad, implica un desgaste específico en el personal técnico, que conviene prevenir a distintos niveles.

Poder reflexionar sobre lo que ocurre a las personas que trabajan con una gran carga emocional, permite tomar distancia y desarrollar estrategias que permitan retomar el control sobre lo que ocurre en los equipos y con sus integrantes.

Existen diferentes factores desencadenantes del estrés para las personas que intervienen en contextos con una alta carga emocional. La guía de **“Cuidado y autocuidado de los profesionales de intervención directa”** de Manuel Jesús Bernad Felices (coord.) señala y define los siguientes cinco factores de riesgo:

Desgaste/Fatiga por compasión-empatía:

Al estar en contacto con personas que sufren estrés postraumático, es posible exponerse a un “contagio” de su estado emocional por medio de la empatía, desarrollando un estrés secundario. Físicamente, el desgaste por compasión se manifiesta con cansancio excesivo, insomnio, jaquecas, somatizaciones diversas y sentimientos de ansiedad, irritabilidad o desesperanza, incluso con manifestaciones de desbordamiento emocional.

Contaminación temática:

Término que hace referencia al efecto que tiene sobre las personas y los equipos trabajar con problemáticas de alto impacto emocional. Estas situaciones producen un efecto silencioso en las y los profesionales y los equipos que puede ser comparado al contagio producido al estar en contacto permanente con sustancias tóxicas, lo que se traduce en fenómenos como la traumatización vicaria y la traumatización de los equipos:

- Traumatización vicaria: se trata del efecto de reproducir en uno/a mismo/a los síntomas y sufrimiento de las víctimas de cualquier forma de violencia, al trabajar profesionalmente con ellas o con quienes la ejercen. (p. ej. intervenir con víctimas muy deprimidas puede generar síntomas depresivos en las personas técnicas).
- Traumatización de los equipos profesionales: se refiere al efecto de reproducir en el equipo de trabajo las dinámicas del ciclo de la violencia, (p. ej. algunas personas son percibidas por los/las demás como abusadores/as, la mayoría se percibe a sí misma como víctima, los equipos se disocian, se forman coaliciones, triangulaciones...). Los miembros del equipo traumatizado sienten emociones como sensación de abuso, miedo, conflicto de lealtades, etc.

Síndrome de tensión y agotamiento profesional o burnout:

El término Burnout fue definido por el psiquiatra Freudenberger (1974 Citado por Bernad Felices 2018), como “experiencia de agotamiento, decepción, pérdida de interés por la actividad laboral, que surge en los profesionales que trabajan en contacto con personas en la prestación de servicios, como consecuencia del ejercicio diario del trabajo”. No se trata de un agotamiento por exceso de trabajo que se soluciona con un descanso o unas vacaciones, sino una especie de “erosión del espíritu” que implica la pérdida de fe en el objetivo de la tarea y la falta de motivación para ello. El carisma y compromiso social van siendo reemplazados por agotamiento, fatiga y otras manifestaciones psicosomáticas”.

¿Qué hacer?

- **Prevención primaria (antes de que se produzcan las situaciones de crisis).**

Entrenamiento y formación de los equipos de intervención en contenidos y estrategias de autocuidado:

- Estresores y respuestas de estrés: los estresores más probables en una situación de crisis o por la exposición a historias de violencia a nivel psicosocial y las reacciones de estrés que le pueden seguir (a corto y largo plazo).
- Técnicas y habilidades de manejo del estrés.
- Autorreconocimiento de signos de estrés, control de la autocrítica demasiado severa.
- Formación en intervención en crisis: primeros auxilios psicológicos, comunicación de malas noticias, etc.

La organización de formaciones en esa línea podría estar a cargo de un grupo creado ad hoc dentro de la organización, coordinado por las personas referentes de salud mental y acompañamiento psicosocial o bien por profesionales externos.

Gestión preventiva de la dinámica de los equipos de intervención directa:

Establecer espacios de autocuidado y autoformación en el horario laboral: gestión del estrés, técnicas de relajación, mindfulness.

Es importante facilitar que las reuniones de equipo haya espacio para abordar sentimientos y emociones que genera la intervención y también para discusión de casos (manejo, dificultades, etc.).

En los contextos de intervención social, salud mental y acompañamiento psicosocial, siempre hay tareas con mayor carga emocional negativa, y otras con un carácter “más amable”. A nivel preventivo es interesante equilibrar, en la medida de lo posible, las tareas del equipo de forma que, todas las personas que lo integran puedan participar regularmente actividades con un componente emocional positivo (p. ej. actividades de ocio, salidas, encuentros de voluntariado, actividades agradables con los y las Titulares de Derechos...), siempre que esto sea posible.

- **Prevención secundaria (durante las potenciales situaciones de crisis):**

Durante el manejo de una crisis, sería importante tener en cuenta los siguientes aspectos para minimizar los efectos del estrés:

- Rotación del escenario o lugar de trabajo.
- Establecer y garantizar periodos mínimos de descanso.
- Confort y cuidados.
- Apoyo emocional.

Es importante dar respuesta a las necesidades inmediatas de las personas implicadas, que podrían incluir tanto un primer apoyo emocional individual – p. ej. técnica del “defusing” (Mitchel J. 1983), es una técnica normalmente grupal que previene la disociación reduciendo el efecto de shock tras un incidente crítico. Suele ser una sesión informal, semiestructurada, normalmente dinamizada por profesionales de la salud mental. Se realiza en las primeras 24 horas tras el incidente crítico entre las personas intervinientes. Se facilita la verbalización de sensaciones, sentimientos y reacciones en una atmósfera positiva y de apoyo. La duración es breve entre 20 minutos y una hora (fase post- inmediata).

Intervención precoz tras una situación de crisis a las 48/72 horas

En estos casos se puede utilizar la técnica del “debriefing” (Mitchel J. 1983), se trata de una estrategia de apoyo psicológico que empezó desarrollándose, con equipos de emergencias para intentar paliar y prevenir las consecuencias psicológicas de los incidentes críticos. Se plantea como un espacio grupal semiestructurado dirigido normalmente por un/a profesional de la psicología y en el que participan las personas de un equipo que se ha enfrentado a un incidente crítico o a una situación de alta carga emocional en su intervención directa. Se realiza entre las 48 y las 72 horas posteriores a la situación vivida. Se trata de facilitar un espacio seguro donde se puedan expresar y ventilar, sentimientos, pensamientos y reacciones relacionadas con la situación vivida. Las sesiones de debriefing tienen como propósito ayudar a cerrar e integrar acontecimientos potencialmente traumáticos, facilitando que puedan extraerse, aprendizajes emocionales y técnicos. Esta herramienta contribuye a reducir los niveles de estrés relacionados con la intervención en contextos sociales complejos.

- **Seguimiento continuado de los equipos**

Tanto las figuras de coordinación, como la propia organización y las personas de los equipos monitorean los niveles de estrés presentes en el equipo.

Estrategias de Autocuidado.

Los equipos, con el adecuado apoyo, formación y asesoramiento de la organización, pueden implementar distintas estrategias de autocuidado:

A nivel individual, se recomienda (OMS, 2012):

- Tomar breves periodos de desconexión en situaciones de fuerte carga laboral.
- Ser consciente de que no se puede ayudar a resolver todos los problemas.
- Limitar el consumo de alcohol, cafeína o nicotina y evitar los medicamentos sin receta.
- Encontrar formas de apoyo mutuo con el resto del equipo.
- Utilizar las redes personales como factor de protección.
- Alimentación equilibrada, practicar ejercicio físico, tener aficiones o cuidar las relaciones sociales.

A nivel grupal:

- Entre profesionales del mismo equipo: generar espacios de conversación y encuentro mutuo, bien en espacios de conversación libre o bien encuadrada en reuniones formalizadas.
- Entre profesionales de diferentes equipos: generar redes entre profesionales de diferentes equipos que dispongan de un espacio que permita el aprendizaje y la contención emocional de manera periódica (por ejemplo, dentro de un servicio estatal concreto o entre distintos centros de trabajo).
- Apoyo profesional externo: recurrir a un profesional externo para fomentar las estrategias de autocuidado en todos sus niveles.

Tipos de estrategias grupales de autocuidado:

Recreativas: son aquellas con un marcado carácter lúdico basadas en el juego y en el sentido del humor cuyo espacio puede tener lugar dentro del entorno laboral o fuera de él. Un ejemplo puede ser un desayuno grupal previo a una reunión formal de equipo o la organización de una actividad deportiva o cultural dentro del horario laboral.

Asociadas a la tarea: se refiere a las estrategias relacionadas con la supervisión de casos en reuniones técnicas o con personal ajeno al trabajo. Dentro de este grupo podrían incluirse el apoyo y confianza basada en el respeto mutuo, la regularidad del feedback entre iguales, el liderazgo democrático, la percepción realista del rol, la supervisión de casos y abordaje explícito del autocuidado.

8.2. ENTRENAMIENTO EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

¿Por qué es pertinente que todos los equipos de intervención directa estén entrenados en primeros auxilios psicológicos?

El impacto de situaciones críticas es potencialmente mayor en poblaciones con factores de vulnerabilidad psicosocial.

Las situaciones críticas, de todo tipo tienen una característica en común, pasan (tienen un inicio y un fin...y tienen un impacto, que puede llegar a ser duradero). El objetivo de ofrecer primeros auxilios psicológicos, tras una situación crítica, no es que la situación no impacte, porque esto es inevitable, si no que afecte lo menos posible o el menor tiempo posible a las personas implicadas. Es decir, que se convierta en una cicatriz. Si no acompañamos este proceso, la situación pasará, pero su impacto en las personas afectadas puede perdurar de forma aguda un tiempo prolongado.

Los primeros auxilios psicológicos, se plantean como una intervención inicial, que puede ser prestada, con el entrenamiento adecuado, por cualquier persona interviniente en el contexto de una situación de crisis. El objetivo de esta intervención es proporcionar alivio emocional inmediato, articular y organizar las acciones de ayuda necesaria, incluidas derivaciones a recursos específicos y, por último, prevenir el desarrollo de complicaciones psicosociales a medio/ largo plazo.

Las intervenciones en primeros auxilios psicológicos abarcan principalmente 4 momentos:

1. Acercamiento a la víctima y contacto psicológico.
2. Análisis y valoración de la situación problema.
3. Examen de alternativas.
4. Ayudar a pensar. Tomar una solución y llevarla a la práctica (Qué, Cómo, Cuándo, y Dónde).

Además de promover la formación de las personas que intervienen en primeros auxilios psicológicos, hay que contemplar las pautas de una emergencia de salud mental en acompañamiento psicosocial, o un incidente crítico de alta carga emocional en el contexto de intervención:

- Acompañamiento directo a las personas afectadas: Cuando sea posible, esta tarea puede ser asignada a profesionales del servicio de salud mental y apoyo psicosocial, especialmente si hay que coordinarse con algún recurso de salud mental, o hablamos de una situación de duelo. Si no existiera un vínculo directo entre la/las personas afectadas y esta figura profesional, el acompañamiento puede realizarlo, la persona con un vínculo más cercano (per, mediadora...dependiendo de cada caso).
- Gestionar posibles traslados a un recurso de emergencia, o activar recursos en el territorio, otra persona del equipo se encargará de hacer la interlocución.
- Coordinar la elaboración de posibles informes, siempre que sea posible, interdisciplinarios sobre el incidente. Respecto a la interdisciplinariedad, puede haber personas que hagan sus aportaciones en un momento posterior, porque se están encargando de atender la parte de acompañamiento a las personas afectadas.
- Informar, atender y dar indicaciones a otras personas participantes que hayan presenciado y/o se hayan visto afectadas por el incidente. Algún otro miembro del equipo podría convocar pequeña reunión de apoyo, para trasladar información y aportar pautas básicas. No siempre tendremos todas las respuestas, pero hay que asegurarles que se les irá trasladando toda la información según la vayamos teniendo disponible.
- En casos en los que la situación de crisis se produzca por un fallecimiento repentino e implique una situación de duelo, es importante que, desde los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, se forme a los equipos en primeros auxilios psicológicos en situaciones de duelo, para facilitar que

cualquier miembro del equipo tenga la formación /información básica para abordar la intervención en las primeras horas y días tras el suceso. Para emergencias relacionadas con fallecimientos duelo, rituales de despedida, etc., se dará especial importancia al factor cultural/espiritual, en coordinación figuras de mediación intercultural, siempre y cuando esto sea posible.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1. CONCLUSIONES

El acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental con poblaciones vulnerabilizadas implica tener en cuenta una amplísima diversidad de realidades en cuanto a contextos de intervención, variables demográficas, contextos culturales y de exclusión social.

En la mayor parte de las intervenciones en este ámbito, nos encontramos con personas cuyos derechos fundamentales han sido vulnerados y gran parte de los impactos en salud mental están vinculados a dichas vulneraciones y a la exposición a situaciones de violencia.

Las intervenciones en salud mental y acompañamiento psicosocial se enmarcan en distintos niveles, de lo más comunitario a los espacios de acompañamiento más individualizados y profesionalizados.

En el contexto de intervención de Médicos del Mundo a nivel estatal y autonómico, las personas vulnerabilizadas con las que se interviene se podrían agrupar en distintas realidades: mujeres en situación de prostitución, personas migrantes en tránsito (frontera sur), personas sin hogar, niños y niñas migrantes no acompañados y, en general, personas migrantes en situación de vulnerabilidad.

En la intervención en estos contextos es indispensable adoptar un enfoque psicosocial, de género e intercultural.

Es especialmente relevante conocer el duelo migratorio y sus fases, así como los impactos psicosociales de la violencia de género.

Intervenir con personas vulnerabilizadas implica trabajar con personas supervivientes, en ocasiones, de múltiples experiencias potencialmente traumáticas. Pueden desarrollar, o no, sintomatología traumática y puede ser viable, o no, realizar una intervención específica en trauma en el momento concreto de la intervención psicosocial. Lo que sí es seguro es que todas las intervenciones a nivel interdisciplinar deben tener un enfoque sensible a trauma que permita un acompañamiento reparador y nunca revictimizador.

9.2. RECOMENDACIONES

1. TRABAJAR EN RED Y CONOCER RECURSOS COMUNITARIOS:

Es imprescindible establecer mecanismos de coordinación, tanto con el sistema público de salud, como con el tejido social del territorio donde las personas en situación de vulnerabilidad necesitan establecer lazos comunitarios.

Los lazos comunitarios constituyen una herramienta fundamental de apoyo en la intervención psicosocial dado que la comunidad posee recursos específicos y generales que permiten tanto una intervención integral, como la participación en espacios donde generar redes de apoyo.

La integración de las personas vulnerabilizadas en su entorno cotidiano, solo es posible con su incorporación en la actividad cotidiana del territorio donde habitan, en los ámbitos educativo, social y participativo, laboral, cultural, espiritual.

2. IDENTIFICAR FACTORES DE RESILIENCIA:

Desde un enfoque psicosocial es importante ser conscientes, no solo de los posibles impactos traumáticos que las poblaciones vulnerabilizadas pueden presentar, si no, sobre todo, de los factores de resiliencia: lo que les permite seguir adelante y podemos reforzar desde la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial. Dichos factores, en muchos casos, están ligados al contexto social, al apoyo percibido y también a estrategias más individuales a nivel tanto de pensamiento como de conducta.

3. AMPLIAR LA MIRADA, TENER EN CUENTA EL CONTEXTO:

Hay muchos motivos detrás de la falta de adherencia al tratamiento. Para muchas personas vulnerabilizadas la confianza en personas e instituciones está dañada por malas experiencias previas. En muchos casos, además, al tratar de acceder a servicios sociales o sanitarios se enfrentan al estigma, a determinados prejuicios y a un importante desconocimiento de los condicionantes del contexto por parte de algunos/as profesionales. Las personas sin hogar, en situación de prostitución y en general en situación de exclusión, tienen dificultades en cuanto a desplazamiento, horarios y a veces en la posibilidad de darle continuidad al seguimiento, si los recursos no son sensibles a las dificultades y retos de distintas realidades, que condicionan el acceso a los recursos. Sentirse una vez más enjuiciados/as o estigmatizados/as, añade una barrera adicional para la adherencia.

4. OBJETIVOS REALISTAS TENIENDO EN CUENTA EL CONTEXTO:

De cara a plantear los objetivos de la intervención es importante tener en cuenta el contexto de las personas en situación de vulnerabilidad, que muchas veces es extremo, cambiante y revictimizador. Esto, implica la necesidad de ser conscien-

tes de dónde podemos fijar los límites de la intervención directa con Titulares de Derecho, qué cosas se pueden lograr desde el acompañamiento psicosocial y sobre cuáles no tenemos control. Es importante valorar qué otros condicionantes de la salud mental deben ser abordados, no desde la intervención con Titulares de Derechos si no con Titulares de Obligaciones, (coordinando, sensibilizando y mediando con los sistemas públicos de salud), o, cuando esto es necesario, realizando incidencia política con Titulares de Responsabilidades.

5. ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA:

Sea cual sea el tipo de programa, proyecto o servicio que enmarca la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial, los protocolos rígidos no sirven de mucho y menos trabajando con personas en contextos de vulnerabilidad y expuestas a múltiples violencias. Solo individualizando al máximo posible la intervención es posible ofrecer un acompañamiento, sensible al trauma, con una mirada sensible a la diversidad cultural y con un enfoque de género y de Derechos Humanos.

6. CREACIÓN DE VÍNCULOS SEGUROS, CONFIDENCIALIDAD Y COMPRESIÓN:

La confianza en los demás y la capacidad de vincular de forma sana y auténtica es lo primero que se deteriora en personas expuestas a múltiples violencias, discriminaciones y estigma. De esta manera la desconfianza, e incluso la “ocultación” de información relevante y sensible, puede haber sido una estrategia adaptativa de supervivencia durante un tiempo incluso prolongado. Para un acompañamiento verdaderamente terapéutico, es indispensable trabajar con paciencia y delicadeza la vinculación, abriendo espacios donde la persona pueda volver a atreverse a confiar y recupere la capacidad de establecer vínculos seguros imprescindibles tanto para el trabajo terapéutico como para poder avanzar en cualquier proceso de integración social. Para ello, la escucha, los tiempos incluso los espacios en los que se interviene deben ser cuidados con mucho mimo.

7. FACILITAR LA GENERACIÓN DE ESPACIOS INFORMALES Y GRUPALES:

Romper con el aislamiento y la sensación de incomprensión, mejorar las habilidades sociales, fomentar la resiliencia a través de la sensación de pertenencia, son aspectos que tiene mucho más sentido abordar a través del trabajo grupal. Sea un grupo más dirigido, con un contenido más terapéutico o, por el contrario, más espontáneo, en todos los casos la participación en acciones grupales debe ser valorada caso a caso, debe ser voluntaria y los grupos deben ser espacios seguros a todos los niveles.

8. CONTAR CON FIGURAS DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL:

La mediación intercultural es una herramienta imprescindible para garantizar un acceso real a los recursos de salud mental de la población de orígenes diversos. Pero su papel puede ir mucho más allá. Mejora el conocimiento de la concepción de la salud mental en distintos contextos culturales para las personas intervinien-

tes, reduce la barrera cultural en el acompañamiento y garantiza una intervención con enfoque antropológico. El reto es poder ir incorporando esa figura, en los distintos servicios públicos y del tercer sector y que puedan especializarse, en aspectos específicos del trabajo en salud mental y acompañamiento psicosocial. La colaboración entre el sistema público y las entidades del tercer sector es clave para abordar este reto.

9. NO JUZGAR. REVISAR PREJUICIOS NO IMPONER UNA VISIÓN OCCIDENTALIZADA DE LA SALUD MENTAL:

Puede parecer lo más obvio, pero también es lo más complejo. Requiere un gran trabajo interno de humildad cultural y profesionalidad, por un lado, y por otro ser capaces de optimizar los aprendizajes previos del trabajo en distintos contextos y con distintos colectivos, pero sin caer en generalizaciones y resistiendo la tentación de “poner el automático” dejándose arrastrar por el etiquetaje social o cultural a la hora de acompañar el proceso de una persona.

10. FORMARSE EN COMPETENCIAS CULTURALES.

Conocer los valores culturales de las personas con las que intervenimos. Solo podemos garantizar el derecho a la salud en general y a la salud mental en particular, si los sistemas de salud son competentes a nivel cultural. En los puntos anteriores ya se señalan algunas estrategias para caminar en esa dirección: Trabajo en red, promover la incorporación de mediadoras/es interculturales a los sistemas de salud y salud mental, ampliar la mirada e individualizar al máximo la intervención. Todo esto partiendo de hacerse las preguntas adecuadas sobre la influencia de la cultura en el sufrimiento de la persona y en el trabajo de los y las profesionales en cada caso concreto.

De forma transversal, es importante no dejar de poner el foco en el cuidado de los equipos de intervención directa, para prevenir el desgaste y los riesgos psicosociales específicos del trabajo en contextos sociales complejos.

En cualquier caso, debemos partir de la premisa, de que la salud mental es un derecho y a su vez el hecho de que otros derechos básicos no estén garantizados tiene un impacto negativo en la salud mental. La población vulnerabilizada despliega múltiples estrategias de supervivencia y reajuste para sobrevivir, también emocionalmente, en un entorno muchas veces hostil. Intervenir en este ámbito implica acompañar procesos tanto de resiliencia como de recuperación de impactos traumáticos con estas poblaciones, sin dejar nunca de lado la necesidad de trabajar también con Titulares de Obligaciones y de Responsabilidades, es decir sensibilizando y formando a personas intervinientes y también promoviendo y reclamando derechos en cualquier instancia pertinente, no dejando nunca de visibilizar las realidades menos amables y a veces menos visibles.

1. TRABAJAR EN RED Y CONOCER RECURSOS COMUNITARIOS

2. IDENTIFICAR FACTORES DE RESILIENCIA

3. AMPLIAR LA MIRADA, TENER EN CUENTA EL CONTEXTO

4. OBJETIVOS REALISTAS TENIENDO EN CUENTA EL CONTEXTO

5. ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA

**6. CREACIÓN DE VÍNCULOS SEGUROS,
CONFIDENCIALIDAD Y COMPRESIÓN**

**7. FACILITAR LA GENERACIÓN
DE ESPACIOS INFORMALES Y GRUPALES**

8. CONTAR CON FIGURAS DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL

**9. NO JUZGAR. REVISAR PREJUICIOS, NO IMPONER
UNA VISIÓN OCCIDENTALIZADA DE LA SALUD MENTAL**

10. FORMARSE EN COMPETENCIAS CULTURALES

10. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

REVISTAS Y PUBLICACIONES ESPECIALIZADAS

Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Norte de salud mental, Adell Carrasco F. et col (Coordinador (2021). Intervención psicológica y psicosocial a través de la actividad físico-deportiva con Solicitantes de Protección Internacional-FOCAD. Consejo General de la psicología en España.

Bernad, M. J., Pérez, J., Díaz, E., García, C., & Villagrasa, V. (s.f.). (2018). Cuidado y autocuidado de los profesionales de intervención directa. Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón. Disponible en: <http://studylib.es/doc/5008788/cuidado-y-autocuidado-de-los-profesionales-de-intervenci%C3%B3>

Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra: IASC

Informe SESPAS 2020. Retos actuales de la Salud Mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria. Gaceta Sanitaria 2020; Volumen 34: Suplemento 1: Páginas 1-86

Kira, I.; Lewandowski, L.; Templin, T.; Ramaswamy, V.; Ozkan, V. y Mohanesh, J. (2008). Measuring Cumulative Trauma Dose, Types, and Profiles Using a Development-Based Taxonomy of Traumas. *Traumatology*, 14 (2), 62-87.

Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2021-2026. Borrador. <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/EstrategiaSaludMental-RedaccionMedica%282%29.pdf>

Mori Sánchez, María del Pilar, Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología [en línea]* 2008, 14 [Fecha de consulta: 12 de agosto de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601409> ISSN 1729-4827

Montenegro, M., Rodríguez, A. & Pujol, J. (2014). La Psicología Social Comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: de la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. *Psicoperspectivas*, 13(2): Pág. 32-43.

Montero, Maritza, La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología [en línea]* 1984, 16. Disponible en <http://redalyc.org/articulo.oa?id=80516303> ISSN 0120-0534

Muruaga López de Guereñu, S.; Pascual Pastor, Páez D. (Universidad País Vasco), González Castro JL (Universidad de León), Aguilera Torres N. (INSERM, París), Zubietta Casullo E. (Universidad País Vasco)-Identidad cultural, Aculturación y Adaptación de los Inmigrantes Latinoamericanos (chilenos) en el País Vasco. (1999)-

OMS (2005). Declaración de Helsinki. Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf

OMS (2016). 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-sp.pdf

OMS (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
Sayed-Ahmad Beirutí, N. (Coordinador) Programa de atención a población inmigrante en Salud Mental- (Grupo de Trabajo de salud Mental e inmigración)-2007- Junta de Andalucía.

Villa Gómez J.D., La Acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales- 2012)- El Ágora USB Vol 12 n2.

LIBROS

Achotegui, J (2022). Los Siete Duelos de la Migración y la Interculturalidad. Ned Ediciones

Álvarez García, M.A., Sánchez Alías, A. M., Bojó Ballester, P. (2016). Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista. Gipuzkoa: Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa.

Bellak, L., y Small, L. (1988). Psicoterapia breve y de emergencia. México: Editorial Pax.

Bernad Felices, M.J. (2015). "Cuidado y autocuidado de los profesionales de intervención directa"

Beyebach, M. (2006). 24 ideas para una psicoterapia breve. Barcelona, Herder.

Beyebach, M., Herrero de Vega, M. (2010) 200 Tareas para una Terapia Breve. Barcelona: Herder.

Carranza, Valeria. (2003). El Concepto de Salud Mental en Psicología. Humanista - Existencial. La Paz: Ajayu Volumen 1(1).

HOFSTEDDE, G. (2001). Culture´s Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations across Nations. 2nd Edition. USA, CA: Sage Publications.

Neimeyer, R. (2007). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Capítulo 4: La actividad del duelo. Capítulo 7: La reconstrucción de significado y la experiencia de la pérdida.

Pérez-Sales P. (Coord.) 2003-Psicoterapia de respuestas traumáticas Vol1: Trauma y resistencia- Ed UCM/ Grupo de Acción Comunitaria-Escuela de Salud Mental. Asociación Española de Neuro psiquiatría.

Pérez- Sales P-2004- Psicología y Psiquiatría Transcultural. Bases prácticas para la Acción- Desclée de Brouwer- Biblioteca de psicología.

Van der Kolk B.2015- El cuerpo Lleva la cuenta- Cerebro Mente y cuerpo en la superación del Trauma- Editorial Eleftheria, S.L.

Worden, J. (1997). Las cuatro tareas del duelo. Worden JW: El Tratamiento Del Duelo, Asesoramiento Psicológico y Terapia. Barcelona: Paidós

MARIAM

AMIR

DAWIDA

DEMBA

MARIAM

BASSIRA

DEMBA

AMIR

GUÍA METODOLÓGICA

ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL CON POBLACIÓN VULNERABILIZADA



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL