

Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural.

Characteristics and needs of migrant population consulting in mental health: the emergence of the intersubjective encounter of intercultural negotiation phenomenon.

Ps. Margarita Becerra L.¹ mbecerra@uahurtado.cl

Ps. Laura Altimir C.² laualtimir@mac.com

Resumen

El artículo expone los resultados del estudio de caracterización en salud mental de la población migrante atendida en el Programa PRISMA y recoge la experiencia subjetiva de los pacientes respecto de su proceso terapéutico. El diseño de investigación combinó los métodos cuantitativo y cualitativo, organizados en etapas consecutivas de análisis. De la etapa cuantitativa, resulta el análisis descriptivo estadístico de información sociodemográfica y clínica. De la etapa cualitativa, se releva la emergencia de varios fenómenos en la atención de personas migrantes, dentro de los cuales destaca el de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. Este fenómeno, evidencia el lugar que ocupa la diferencia cultural entre el terapeuta/profesional y el paciente, diferencia que motiva la acción de negociación recíproca de contenidos personales, culturales sociales y contextuales en el encuentro entre subjetividades.

Palabras clave: migración, abordaje clínico especializado en salud mental, encuentro intersubjetivo de negociación intercultural, contextos amplios

Abstract

This article presents a series of results from the study characterizing migrant population treated in PRISMA Mental Health Program for Migrants, Asylum Seekers and Refugees. Information gathered, reflects the subjective experience of patients regarding their therapeutic process. Research design combined quantitative and qualitative methods, organized in consecutive analytic phases. A descriptive statistical analysis implemented during the quantitative phase, results in sociodemographic and clinical data. The outcome of various phenomena by means of Grounded Theory in the qualitative phase, revealed the intersubjective encounter of intercultural negotiation. This phenomenon drives action for reciprocal negotiation of personal,

¹Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile, especializada en Antropología Social y Cultural Universidad Católica de Lovaina, posgrado en Terapia Familiar e Intervención Sistémica Instituto Provincial de Formación Social de Bélgica. Terapeuta acreditada Asociación Europea de Terapia Familiar (EFTA-CIM).

²Psicóloga Universidad Diego Portales, Magíster en Psicología Clínica UDP, postítulo en Terapia de Familias y Parejas y especialización en Terapia de Parejas IChTF, postítulo en Salud Mental e Intervenciones Psicológicas en Inmigrantes, Minorías y Excluidos Sociales Universidad de Barcelona.

cultural, social and contextual contents by raising the importance of cultural difference between therapist/professional and patient subjectivities throughout their encounter.

Keywords: migration, specialized clinical approach in mental health, intersubjective encounter of intercultural negotiation, broad contexts

Introducción

La historia de Chile ha estado marcada por múltiples flujos migratorios. En las dos últimas décadas, se ha observado un patrón migratorio particular, que se caracteriza por un incremento en la población de origen latinoamericano, por un significativo proceso de feminización y por la incorporación de las personas migrantes en trabajos precarios y en sectores vulnerables de nuestra sociedad (CEPAL, septiembre 2010; Stefoni, C., 2011).

Un conjunto de causas contextuales pueden gatillar el proyecto migratorio e impulsar la migración (Martínez, J. 2011). Las personas migrantes, pueden salir de sus países de origen con un propósito determinado (por ejemplo, mejorar las condiciones de vida), que es gestado desde lo individual, pero también desde lo colectivo (familiar y comunitario). Tal es el caso de la migración de tipo económica. Sin embargo, este plan de ruta no siempre resulta según lo esperado. Una vez en Chile, variables socioeconómicas y estructurales³ empobrecen la situación de vida del inmigrante. Se configura así una realidad de vulnerabilidad social, que deteriora sus condiciones de salud y salud mental, disminuyendo el bienestar psicosocial del que gozaba en su país de origen (Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008; Demoscópica, 2009; Vásquez-De Kartzow, R., 2010). Se suman además, condiciones de vulnerabilidad personal, especialmente cuando experimentan la enfermedad en un contexto que les es ajeno y donde, además, hay falta de soporte social, prejuicios (Cárdenas, M. y Barrientos, J., 2008) y exclusión (Núñez, L., 2008). Escenario aún más complejo es el de la migración forzada, asociada a la necesidad de refugio o asilo en un país neutral a las conflictivas sociopolíticas del país de origen⁴. Estas personas, cuyas vidas o seguridad han sido amenazadas por situaciones de violencia

³ Se refiere al "conjunto de factores relacionados con las condiciones económicas, laborales y del entorno físico de los niños y niñas inmigrantes y sus respectivas familias (...)". (Stefoni, C., Acosta, E., Gaymer, M., Casas-Cordero, F., 2010, p. 62).

⁴ Definiciones del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Disponibles en: <http://www.acnur.org/t3/a-quien-ayuda>

generalizada, conflictos internos o agresión extranjera, llegan a Chile buscando protección. Son niños, niñas, adolescentes y adultos, quienes han sido víctimas de violaciones a los derechos humanos y cargan largos recorridos en lógicas de daño y sobrevivencia.

El aumento de la migración económica y forzada no sólo es una evidencia para los estudiosos del tema migratorio. Progresivamente se ha ido instalando en la agenda política y legislativa, en el debate público, en el espacio urbano y social. En el ámbito sanitario sin embargo, el impacto de la migración todavía está en proceso de ser dimensionado (Becerra, M. y Altimir, L., 2012).

Chile ha realizado importantes avances normativos para garantizar a las personas migrantes la equidad y el acceso a la prestación de servicios en la red pública de salud⁵. Sin embargo, la implementación de estas iniciativas no siempre resulta fluida, en particular la articulación entre las medidas legislativas y los requerimientos y características específicos del sistema de salud. El problema se acrecienta por la insuficiente difusión y la discrecionalidad en la aplicación de estas normativas en ciertos puntos de la red (CEPAL, septiembre 2010), y se agrava por la falta de sensibilidad y desconocimiento de funcionarios y profesionales de la salud respecto de la especificidad migratoria (Becerra, M. y Altimir, L., 2012). Esta realidad, entorpece el acceso y la adherencia de los migrantes a los servicios de la red pública, aumentando la vulnerabilidad y la exclusión social de esta población.

El ámbito de la salud mental a nivel nacional es aún más complejo, agregándose a la situación migratoria, otras variables estructurales generadoras de desigualdad. El último Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile (Universidad Diego Portales, 2013), retrata crudamente las condiciones generales de prestación de servicios en salud mental en nuestro país. Se describen, entre otros, la inequidad en la provisión de servicios, la insuficiente oferta y las dificultades de acceso para toda población. El informe detalla además, la ausencia de planificación en torno al abordaje de grupos sensibles como niños y

⁵ Principalmente, favoreciendo la inscripción a consultorios para mujeres embarazadas que estén en situación irregular y otorgando derecho a la salud en igualdad de condiciones que los nacionales, a extranjeros y refugiados con situación migratoria regularizada. Además, otorgando derecho a inscripción a FONASA a los extranjeros con permiso de residencia en el país y el derecho a la atención en servicios de urgencia de la Red Asistencia Pública para aquellos que estén en situación irregular. Hito importante es el Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación (2007), que asegura el derecho al acceso a salud para todos los niños, niñas y adolescentes migrantes, independiente de la condición migratoria de los padres, y que la inscripción de los menores de 18 años a los Centros de Atención Primaria correspondientes a su domicilio, les permita solicitar un permiso de residencia temporaria (Becerra, M. y Altimir, L., 2012).

niñas, junto con la insuficiencia de recursos para asegurar la calidad de los servicios. Demás está decir que la situación de la salud mental que impacta a todos los connacionales, afecta de sobremanera a las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas en necesidad de atención.

El marco en que se sitúa el estudio que presentaremos a continuación (Becerra, M., Altimir, L. y Solís, A, 2013a, 2013b), corresponde al trabajo clínico en salud mental con pacientes individuales, parejas y familias migrantes, y surge a partir de la reflexión acerca de cómo mejorar las prácticas en esta área. La sistematización de la información recopilada a lo largo de los años de ejercicio clínico en el Programa PRISMA⁶, fue complementada con la perspectiva de los usuarios respecto de la atención. Este proceso de investigación da cuenta de la apremiante necesidad de formalizar servicios especializados en salud mental para usuarios migrantes, hacia un ajuste de la mirada en salud mental que sea específica a esta población.

Metodología

El diseño de investigación combinó los métodos cuantitativo y cualitativo (Karasz & Singelis, 2009). El uso de estos distintos métodos, se organizó en etapas de análisis consecutivo. La elección de este doble análisis por etapas, se debió a que tanto la metodología cuantitativa como la metodología cualitativa aportan información que resulta complementaria e implica un esfuerzo de integración de los resultados para la comprensión en profundidad del fenómeno de estudio seleccionado.

La etapa cuantitativa del estudio estuvo orientada a sistematizar los elementos psicosociales y los tipos de manifestaciones clínicas de los sujetos usuarios del programa, en base a la información contenida en las fichas clínicas⁷. En esta misma etapa, se utilizó el

⁶ En funcionamiento desde el año 2008 en la Universidad Alberto Hurtado, el programa ofrece atención en salud mental integral para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. Los servicios brindados incluyen psicoterapia individual, de pareja y familiar, intervención en crisis y psicosocial, y coterapia psiquiátrica. Además, el programa desarrolla docencia e investigación clínica en el área de la salud mental y las migraciones. El equipo está conformado por profesionales psicólogos, psiquiatra, trabajador social y sociólogo. Todos los años se incorporan al equipo alumnos y profesionales, dentro del marco de programas de práctica profesional y pasantía clínica en Psicología y Trabajo Social. Además, el programa trabaja de manera interinstitucional, en estrecha vinculación con iniciativas afines: académicas, de organismos internacionales, del Estado, de la sociedad civil, y del ámbito jurídico, de salud y de educación.

⁷ Ficha clínica definida como herramienta clínica de trabajo, donde se consignan todos los antecedentes del caso a tratar, que incluye: Consentimiento Informado acerca de las características y condiciones de la atención en el programa; datos psicosociales; datos de la anamnesis clínica, psicológica, psiquiátrica y social; información acerca del proceso terapéutico;

General Health Questionnaire (GHQ-28)⁸, instrumento elaborado en el marco de la tradición médica en salud mental, con categorías diagnósticas provenientes de la psiquiatría (depresión, ansiedad, síntomas psicósomáticos y disfunción social), ampliamente validadas en el campo científico. La información recabada desde ambas técnicas de recolección, fichas clínicas y GHQ-28, permitió caracterizar a la población usuaria a partir de análisis descriptivo estadístico.

Para complementar esta información, en la etapa cualitativa se realizaron y analizaron entrevistas semi-estructuradas (Fischer, S.T. 2009; Knox & Burkard, 2009; Flick, 2002) utilizando la Teoría Fundada (Charmaz, K., & Bryant, A., 2010; Charmaz, K., & Henwood, K., 2008; Strauss, A. y Corbin, J., 1990). Los sujetos migrantes participantes, fueron entrevistados en base a un protocolo de entrevista previamente diseñado, para conocer en profundidad su experiencia como pacientes del Programa PRISMA y su percepción respecto de los servicios recibidos (características generales, accesibilidad del servicio, particularidad en las atenciones, especificidad en el abordaje, similitudes y diferencias con otros servicios, evaluación del servicio, entre otros).

Acerca de las muestras

Muestreo documento ficha clínica. La muestra se constituyó a partir de todos los casos ingresados al programa entre enero del año 2009 y junio del año 2011. Cabe destacar que un caso es definido como una persona, una pareja, una familia o un grupo de personas, asociado a una demanda de atención y a un número de ficha, en un momento determinado. Los 63 casos tratados durante este período (N=102 personas), comprendieron tanto pacientes propios a migración económica (en adelante migrantes) y pacientes con antecedentes de migración forzada (en adelante solicitantes de asilo y refugiados).

Muestreo GHQ-28. Correspondió a 23 sujetos (hombres y mujeres) que cumplieron con los criterios para la aplicación del test, en base a situación migratoria (migrante económico) y rango etario (mayores de 18 años, sin límite de edad). Esta muestra fue extraída del total

intervenciones específicas en salud mental (seguimiento profesional, técnicas utilizadas, farmacoterapia, etc.); informes interdisciplinarios y de derivaciones.

⁸ El cuestionario ha sido utilizado con poblaciones de diverso origen lingüístico y cultural (Goldberg, D. y Williams, P., 2006). Ha sido aplicado en Perú en su versión en quechua y con población peruana en Chile en su versión en español (Núñez, L. 2008, pp. 86). El Programa PRISMA adquirió la licencia para su uso en este estudio.

de pacientes que ingresaron al Programa PRISMA entre enero del año 2011 y junio del año 2012.

Muestreo entrevistas semi-estructuradas. Se realizó un muestreo no probabilístico y teórico que tuvo como finalidad buscar una variedad de sujetos (Strauss, A. & Corbin, J., 1990), dentro del universo de pacientes que hubiesen cursado un proceso terapéutico de al menos diez meses de duración, entre enero del año 2009 y junio del año 2012. Se filtró la muestra en base a: situación migratoria, sexo, nacionalidad y lengua materna (al menos una persona cuya lengua materna no fuese el español). Resultaron cuatro sujetos seleccionados, todos migrantes económicos, dos de sexo femenino y dos de sexo masculino, tres personas de origen latinoamericano y una de origen asiático. Todas las personas que fueron contactadas para la realización de entrevistas accedieron a participar del estudio. Sin embargo, hubo algunas que no fue posible ubicar debido a que sus datos de contacto a la fecha estaban obsoletos⁹.

Procedimientos

Etapa cuantitativa. Los datos extraídos y descritos a partir de las fichas clínicas del Programa PRISMA se tradujeron a categorías conceptuales, las cuales fueron operacionalizadas para que permitieran la descripción mediante frecuencias. De este modo se realizó una caracterización sistemática y rigurosa de datos demográficos, elementos psicosociales y antecedentes clínicos de la población usuaria, que permitieron construir un perfil de usuario del programa.

Posteriormente, se utilizó el GHQ-28 en una muestra distinta para contrastar la información recién mencionada, a través de un instrumento estandarizado. El GHQ-28 fue aplicado a participantes ingresados al programa durante el transcurso del estudio. En el momento del ingreso, se les explicó que el cuestionario sería utilizado tanto para fines de detección de sintomatología clínica, como para fines de investigación. Las instrucciones del cuestionario fueron detalladas por un profesional miembro del equipo de investigación y los participantes contestaron las preguntas en privado, excepto cuando presentaron algún tipo de impedimento en cuyo caso fueron asistidos.

⁹ Esto puede ser entendido desde el particular dinamismo y movilidad que caracteriza a esta población y daría cuenta de las adaptaciones recurrentes al contexto de inestabilidad en el que se insertan los migrantes en nuestro país.

Entrevistas etapa cualitativa. Los entrevistados fueron contactados telefónicamente, invitándolos a participar voluntariamente del estudio en curso por medio de una entrevista. Se les informó acerca del tiempo aproximado de duración (sesenta a noventa minutos), de los objetivos del estudio y del carácter confidencial de los datos de identificación que entregarían al entrevistador. Quienes aceptaron las condiciones de esta etapa del estudio, fueron citados a entrevista. La información extraída de esta fuente de información fue luego transcrita y analizada.

Consentimiento Informado. Un consentimiento informado fue revisado y firmado por todos los participantes a quienes les fue administrado el GHQ-28 y las entrevistas semi-estructuradas. Por medio del documento, los participantes comprendieron las implicancias del estudio, accedieron a ser entrevistados y grabados en audio y a que el material fuese utilizado con fines de investigación. Además, fueron puestos en conocimiento de que al término del estudio se publicaría un artículo con los resultados y conclusiones obtenidas.

Resultados

En el transcurso del análisis de los datos provenientes de las distintas fuentes de información (fichas clínicas, GHQ-28 y las entrevistas semi-estructuradas), se logró caracterizar a la población usuaria del Programa PRISMA en su especificidad y su particular diversidad. Esto, permitió identificar un conjunto de manifestaciones clínicas en salud mental, además de elementos contextuales comunes de esta población. A lo largo del análisis, y en particular a partir de la información obtenida en el análisis cualitativo, emergieron fenómenos propios del abordaje clínico especializado en salud mental con usuarios migrantes.

Resultados del análisis cuantitativo

Los resultados de esta etapa relevan que los usuarios del programa corresponden principalmente a mujeres (73%) y en menor medida a hombres (27%). Del total, la mayoría se declara como solteros (55,6%). El promedio de edad es de 33 años, con una moda de 44 años. Los usuarios del programa residen mayoritariamente en las comunas de Santiago (39,7%), Independencia (11,1%) y Recoleta (7,9%). Entre las nacionalidades, destacan peruana (52,4%) y colombiana (25,4%). Sin embargo, también son atendidos sujetos

provenientes de Argentina, Brasil, Ecuador, E.E.U.U., Inglaterra, Haití, Kenia, Turquía y Corea. Además, familias mixtas con uno o más miembros de nacionalidad chilena.

En cuanto a la escolaridad, un 53,9% de la población atendida cursó enseñanza básica o media, mientras que un 42,9% cuenta con grados de educación superior. En el ámbito laboral, se evidencian porcentajes importantes de la muestra asociados al trabajo de servicio doméstico (27%) y a cesantía (25%). Desde los datos, podemos inferir que un nivel educativo superior del migrante no le asegura necesariamente una la inserción laboral equivalente en nuestro país. A lo anterior, se suma la ausencia de RUN (14,3%) y de previsión (22%), quedando el migrante expuesto a situaciones de vulnerabilidad propias de la condición migratoria irregular, junto con marginalidad en relación a sistemas de apoyo y seguridad social.

En cuanto a antecedentes clínicos, un hallazgo importante es que la mayoría de las atenciones en salud mental de los pacientes se concentra principalmente entre el 1er y 5to año de su tiempo de residencia en Chile (72,6%), con una cúspide en el primer año. De lo anterior podemos desprender que el primer período del proceso migratorio es crucial para el migrante, en términos de potencial desarrollo de malestar en salud mental.

Desde la perspectiva del tipo de intervención realizada en el programa, un 50,8% de los casos corresponde a psicoterapia, ya sea individual, familiar o de pareja según la demanda y la indicación clínica empleada para cada caso. Adicionalmente, se destaca la modalidad de intervención en crisis¹⁰ con un 23,8%.

En relación a la sistematización de manifestaciones clínicas de malestar subjetivo de los usuarios al ingresar a PRISMA, se identificó que los principales motivos de consulta son aquellos operacionalizados como “Relacional” (26%), “Ansiedad” (14%) y “Ánimo” (14%)¹¹. Respecto a las expectativas al consultar, los principales resultados radican en la

¹⁰ Desde la operacionalización interna del programa, entendemos la noción de “crisis” como la apreciación subjetiva de la persona, acerca de una situación o evento, que sobrepasa los recursos y los mecanismos de afrontamiento, tornándose intolerable. En pacientes migrantes, la crisis revela problemáticas de alta complejidad, que incluyen elementos individuales, familiares, sociales, jurídicos y contextuales. En la intervención en crisis se considera como prioridad la activación de diversos dispositivos de atención en paralelo y la incorporación de acciones interdisciplinarias. El objetivo es influir activamente en el funcionamiento psíquico, relacional y la realidad psicosocial de una persona durante el período de desequilibrio, aliviando la sintomatología (acción terapéutica).

¹¹ Las categorías mencionadas fueron operacionalizadas. “Relacional” refiere a tres dimensiones: la relación con otro individuo, las relaciones en el ámbito familiar o de pareja y las relaciones en el ámbito social o comunitario. “Ansiedad” alude a las manifestaciones de malestar subjetivo asociado a sentimientos de intranquilidad, temor o a síntomas somáticos de tensión, afectándose la concentración, atención o conducta y que, en general, dificulta el funcionamiento global de la persona. “Ánimo” refiere a una alteración, episódica o generalizada, persistente del humor (depresivo u oscilante).

importancia que los pacientes otorgan a la búsqueda de la función empática (25,4%), al alivio sintomático (21,6%), a la búsqueda de solución (14,9%) y a la comprensión acerca del problema (12,7%). Estas categorías puntuaron como los porcentajes más altos e indican con claridad lo que esperan los pacientes de la atención en salud mental y del profesional.

La aplicación del instrumento GHQ-28, mostró resultados que no permitieron un análisis concluyente ni generalizable en torno a la identificación de sufrimiento y sintomatología en salud mental del migrante. Sin embargo, los resultados del test se pueden relacionar con los resultados asociados al motivo de consulta (fuente ficha clínica), en tanto dichas categorías son equiparables con las escalas de medición propias del cuestionario tales como: Disfunción Social (vinculado con lo *Relacional*), Ansiedad (*Ansiedad*) y Depresión (*Ánimo*). En este sentido, los resultados de las puntuaciones obtenidas en el GHQ-28, corroboran los datos contenidos en las fichas clínicas en relación a las razones por las cuales el paciente solicita la atención en el programa.

Resultados del análisis cualitativo

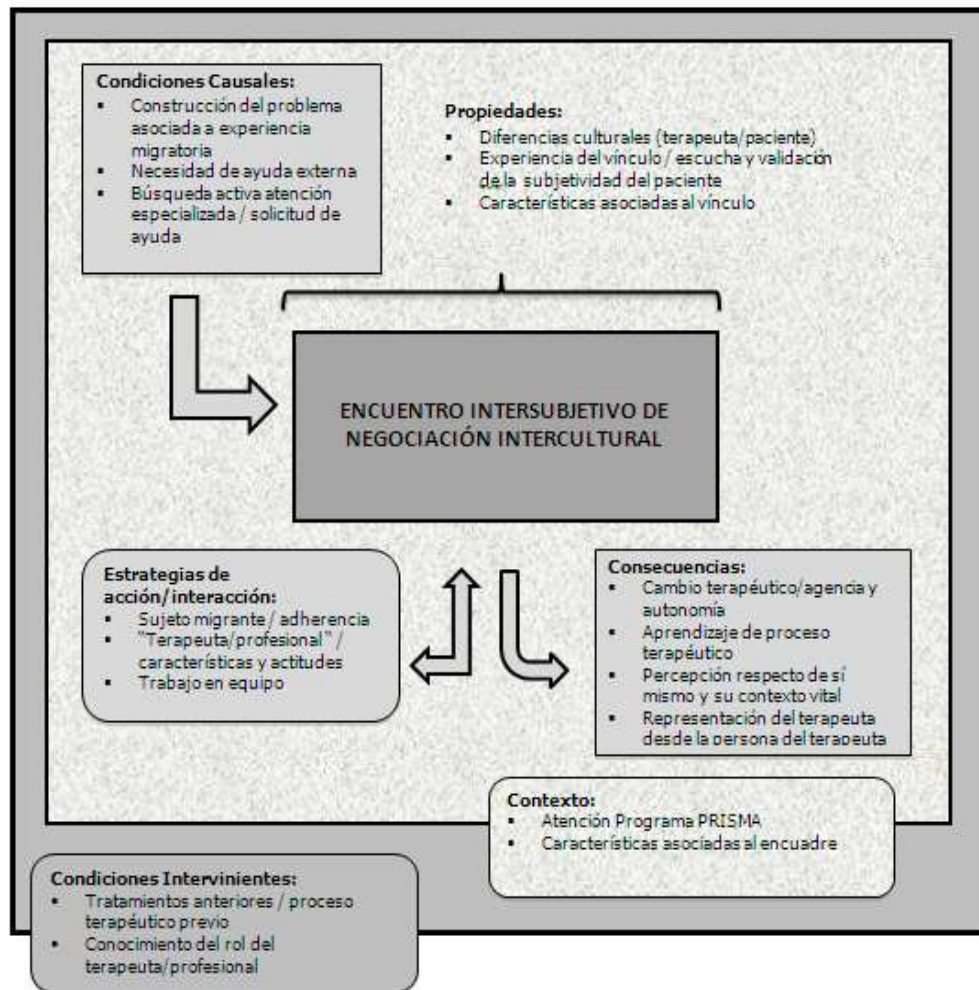
A partir del análisis de las entrevistas se identificaron tres fenómenos de relevancia en la experiencia de los usuarios, que se ponen en juego en el quehacer clínico.

Un primer fenómeno es la *experiencia migratoria* como principal contexto vital de los usuarios. Aquí emergieron múltiples aspectos de su cotidianidad como las condiciones de precariedad social y de vulnerabilidad estructural a las que se ven expuestos, los desafíos que les demandan el contacto y la adaptación a la sociedad de acogida, junto con las dificultades en la relación con chilenos. En este escenario, los prejuicios sociales son una condición que interviene permanentemente en la vida de los sujetos migrantes, señalada como experiencia negativa que se da de manera frecuente, independientemente de la cantidad de años de residencia en el país.

Los entrevistados asociaron la experiencia migratoria con los problemas que van aconteciendo a lo largo de su estadía en Chile y que los movilizan para solicitar atención en PRISMA. Si bien la experiencia migratoria no es lo único que motiva a las personas a buscar ayuda, es un factor preponderante.

Con la solicitud de atención en salud mental a PRISMA, emerge el segundo fenómeno de *encuentro intersubjetivo de negociación intercultural*, que desde el análisis se torna decisivo (ver diagrama).

Diagrama Encuentro intersubjetivo de negociación intercultural



Este encuentro se determina principalmente por diferencias culturales entre el terapeuta/profesional¹² y el paciente. Ocurre en el contexto de atención del programa y está anclado en un encuadre que lo facilita. Este encuadre particular, sienta las bases, límites y

¹² Esta distinción terapeuta/profesional, se utiliza para señalar que en la atención en el Programa PRISMA no todos los intervinientes son psicoterapeutas. También hay intervinientes profesionales psiquiatra y trabajador social. Plantearlo así, permite denotar que el encuentro intersubjetivo de negociación intercultural ocurre con distintos profesionales y su función se ejerce mediante la activación de dispositivos de intervención interdisciplinarios.

características de la atención. Da cuenta lo anterior, la importancia que dan los entrevistados a ciertas cualidades del encuadre, particularmente en ocasiones en que la continuidad del tratamiento se ve amenazada por situaciones personales o contextuales. Identificadas como fundamentales son las cualidades de *flexibilidad* y *adaptación*, permitiendo el ajuste de la atención a las necesidades emergentes de los pacientes.

Existen ciertas acciones que favorecen el éxito del encuentro intersubjetivo de negociación intercultural y dicen relación con tres sujetos: el migrante, el terapeuta/profesional y el equipo.

En primer lugar el paciente migrante y su subjetividad (con elementos culturales, contextuales y sociales) realiza acciones que llevan a que se produzca el encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. Este encuentro se da a partir de ciertas condiciones que se vinculan con la construcción del problema por parte del paciente como asociado a la experiencia migratoria, junto con el reconocimiento de la necesidad de ayuda externa. Estas condiciones implican iniciativa y motivación por parte del paciente hacia la búsqueda activa de atención especializada en salud mental. Es así como, mediante estas acciones, el paciente abre la posibilidad de este encuentro con el terapeuta/profesional y con el equipo del Programa PRISMA.

En segundo lugar, se identifican características centrales propias del terapeuta/profesional, descritas detalladamente por los entrevistados, que facilitan el encuentro intersubjetivo de negociación intercultural con el paciente migrante. Estas fueron categorizadas como: estilo del terapeuta/profesional, experticia técnica, conocimientos de culturas y manejo de idiomas, experiencias con pacientes extranjeros e interés por otras culturas, actitud de colaboración (con el paciente) y capacidad de trabajo en equipo. La acción del terapeuta/profesional es poner en juego estas características por medio de su subjetividad (con elementos culturales, contextuales y sociales) y permitirse dialogar con la subjetividad del paciente. Este proceso es facilitado por las actitudes del terapeuta/profesional, identificadas por los entrevistados como paciencia, flexibilidad, amabilidad, preocupación, disponibilidad, puntualidad, buen trato, buena acogida y actitud no interpretativa. Estas actitudes son intencionadas por el terapeuta y lo acercan a la comprensión del paciente, acortando la brecha para que el encuentro intersubjetivo de negociación intercultural se produzca.

En tercer lugar, el trabajo del equipo del programa es relevado por los entrevistados como particularmente importante. La noción de equipo, le da sentido y continuidad al tratamiento y al encuentro intersubjetivo de negociación intercultural, en tanto vínculo cercano con diferentes actores articulados. Los entrevistados reconocen que la forma de trabajo del equipo del programa, se adecua a las necesidades de los migrantes en términos del uso de metodologías específicas (técnicas e intervenciones) como herramientas del trabajo clínico, despliegue de recursos profesionales al servicio del paciente y su grupo familiar, capacidad de integración de contextos amplios (biopsicosocial y jurídico), experticia en temáticas migratorias y, por último, cercanía en el contacto con todos sus miembros.

Es importante relevar ciertas características asociadas al vínculo entre terapeuta/profesional y paciente que favorecerían el encuentro y la relación de colaboración. Se destaca la reciprocidad del vínculo, entendida como un compromiso mutuo en favor de que el proceso terapéutico resulte exitoso. Emerge además, la importancia de la resiliencia del vínculo o la capacidad de que este resista embates que lo amenazan (como por ejemplo, cuando quedan en evidencia diferencias lingüísticas, culturales o sociales), así como la adaptación del vínculo a distintos ritmos de los pacientes dentro este encuentro.

El núcleo esencial del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural es la experiencia del vínculo psicoterapéutico, donde se experimenta la posibilidad de desahogo y de expresión del sujeto, así como la vivencia de ser escuchado, reconocido y validado en su subjetividad. También aparece la posibilidad del conocimiento acerca de sí mismo, que está avalada por la función del psicoterapeuta en el contexto de la terapia, percibida por los entrevistados como de guía, asesoría o consejo.

El encuentro intersubjetivo de negociación intercultural sostiene el *cambio terapéutico* gestado en la experiencia del vínculo. El cambio terapéutico es el objetivo último de la atención, entendiendo que apunta a mejorar el malestar subjetivo y su manifestación. Como fenómeno complejo (tercer fenómeno emergente), el cambio se da en la posibilidad de hacer sentido de la experiencia subjetiva en un espacio terapéutico, así como en la ampliación de la percepción por parte de los sujetos, respecto de sí mismos y de su contexto vital. Los resultados de este proceso de cambio son principalmente el aprendizaje respecto

del proceso terapéutico (que incluye la evaluación de efectividad del tratamiento y sugerencias respecto de la atención en el programa) y el logro de un sentido de agencia y autonomía. Se evidencia además, la representación que integra el paciente acerca del terapeuta/profesional desde su subjetividad. Es decir, desde el identificarlo con la cultura del país de acogida, como parte de la experiencia de encuentro intercultural en un sentido amplio (personal, cultural, contextual y social). A nivel familiar y de pareja, el cambio terapéutico se asocia además a la transformación en las relaciones y a la comprensión acerca de las mismas.

Se consideran condiciones intervinientes en el fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural los tratamientos anteriores. Específicamente, la interferencia que puede significar una experiencia previa de proceso terapéutico en otro lugar (país de origen o de acogida), así como las representaciones acerca del rol de terapeuta/profesional y de su contexto. Las experiencias previas pueden ser percibidas por los entrevistados como positivas, negativas o como parte de un proceso, sin embargo, determinan las nociones que trae el sujeto al encuentro respecto a los roles que cumplen los profesionales, los tratamientos utilizados y la terapia. Estas nociones no son neutras y exigen de un diálogo en profundidad entre el terapeuta/profesional y el paciente, que aluda a representaciones y significados que deben ser explicitados para luego ser negociados, integrando aspectos de ambas subjetividades.

Relevar las condiciones intervinientes en el fenómeno, nos permite ilustrar nítidamente el proceso de negociación intercultural que ocurre en el encuentro intersubjetivo. Al trabajar con pacientes que tienen representaciones y significados asociados a la salud mental diferentes a lo que conocemos (por ejemplo, pertenecientes a culturas de origen indígena o rural latinoamericano, culturas africanas u orientales), surge la necesidad de hablar acerca de cómo se entiende y cómo trabaja el terapeuta/profesional en salud mental en nuestro contexto social y cultural. A través del diálogo, y dentro de las múltiples posibilidades que surgen en este intercambio de subjetividades, el terapeuta/profesional pone en juego sus características propias y sus representaciones acerca de los alcances y limitaciones de su quehacer. A su vez, el paciente pone en juego sus creencias y representaciones acerca de la salud, la enfermedad, lo mental y los roles de sanación propios de la cultura de origen, entre otros. La dimensión de negociación se revela a lo

largo del proceso por el cual el terapeuta/profesional y el paciente van acordando, conviniendo, accediendo, rechazando, concediendo y otorgando significados, hacia la comprensión mutua y consensuada que incorpora ambas subjetividades culturales y sociales. Este proceso de negociación ocurre continuamente a lo largo de la relación terapeuta/profesional y paciente, y puede darse en torno a diversos temas como por ejemplo, la maternidad y la paternidad, la integración, la constitución de familia, entre muchos otros. Es así como los significados emergentes del encuentro intersubjetivo en este contexto, son incorporados como información a la negociación y son entendidos desde su cualidad cultural.

A partir de los tres fenómenos recién descritos y su interrelación, emerge un último fenómeno que representa el *rol de traducción y transición* que ocupa el programa en la atención de la población usuaria. El rol de traducción permite que el usuario adquiera una mayor comprensión del malestar subjetivo y su significación, en el contexto intercultural de nuestro país. No sólo se traducen significados culturales, se traducen también sistemas, que pueden ser sociales, jurídicos, de redes y servicios, etc. Este proceso de traducción se va produciendo de manera sostenida, gradual y progresiva. El equipo del programa, al ir desplegando las diversas intervenciones (terapéuticas, psicosociales y contextuales), va acompañando al paciente en la transición entre el país de origen y el país de acogida. En un comienzo, se requieren múltiples dispositivos de atención, los cuales progresivamente van siendo retirados a partir de signos de alivio del malestar subjetivo y del desarrollo de autonomía y agencia por parte del sujeto. Estos elementos constituyen indicadores de éxito del tratamiento y de término de la intervención desde el abordaje clínico especializado del programa.

Discusión

Los resultados del estudio relevan principalmente el fenómeno de *encuentro intersubjetivo de negociación intercultural* como elemento central del proceso, desde que el sujeto demanda atención hasta que termina la intervención del equipo del Programa PRISMA.

Los componentes y características de dicho encuentro vienen a complementar otros hallazgos de estudios enmarcados en la noción de relación terapéutica en contexto de

interculturalidad. Por ejemplo, acerca de la dificultad de los terapeutas para abordar temáticas de raza y cultura en el ámbito de la terapia, especialmente porque están directamente relacionados con la propia identidad cultural y familiar del terapeuta (Day-Vines, N., Wood, S., Grothaus, T., Craigen, L., Holman, A., Dotson-Blake, K. et. al., 2007; Mishne, J., 2002). También acerca de la relación entre la explicitación de elementos culturales emergentes en el transcurso de la terapia y el aumento en la credibilidad del terapeuta, en la satisfacción del paciente y en la profundidad de su apertura en el proceso terapéutico, así como, en la motivación del mismo por asistir a sesiones de seguimiento (Sue, D. y Sundberg, N., 1996). Adicionalmente, en relación a la importancia de que el terapeuta aborde explícita y activamente un diálogo en torno a la diferencia cultural entre terapeuta y paciente, cuando ocurren impases en la relación que aluden a un contenido de índole cultural (Altimir, L. 2010).

Los hallazgos de este estudio complementan además la discusión en torno a los discursos prevalentes en psicoterapia y las modalidades de intervención, que no necesariamente son válidos ni pertinentes para todos, por igual. La práctica psicoterapéutica con personas migrantes es una práctica reactiva, crítica de sí misma y profundamente reflexiva. La clínica en contexto de diversidad cultural, interroga el lugar del terapeuta en la psicoterapia, así bien la hegemonía diagnóstica en salud mental. Resultan particularmente pertinentes en la reflexión, los aportes de Pérez, A. (2010) y de Pérez, A., Paiewonsky, D. y García, M. (2008), quienes desde una perspectiva de género, ponen énfasis en los sesgos de los marcos conceptuales tradicionales en salud mental que provienen de las sociedades del Norte, a la hora de observar y analizar modos relacionales comunitarios de personas de las localidades del Sur. Esto es relevante, ya que desataca la necesidad comprender contextos regionales (Sur) y sus fenómenos (como las migraciones), desde elaboraciones conceptuales también regionales (Sur-Sur).

En una línea teórica y argumental diferente, otros autores significativos aportan a la reflexión temática. Desde el construccionismo social, Gergen y Warhus (2001), dan preponderancia al diálogo terapéutico, a la interrogación del contexto relacional y a la co-construcción de significados (diagnósticos y otros) en la conversación terapéutica, situando la construcción del mundo (personal) al interior de las diferentes formas de relación (interpersonal). Los problemas se inscriben así en el lenguaje, anclando las intervenciones

terapéuticas en contextos relacionales y lingüísticos, que trascienden los contextos culturales y sociales. Complementariamente, desde las terapias postmodernas, particularmente desde la aproximación colaborativa, Anderson y Goolishian (1992), Anderson (1997) y Hoffmann (1990), interrogan la figura misma del diagnóstico en salud mental, situando al conocimiento -que conocemos o podemos conocer- como lingüísticamente construido. Desde esta perspectiva, cada observación, cada descripción del problema y cada comprensión del mismo, es único a las personas involucradas y a su contexto (Anderson, 2013). Aunque los autores mencionados no tratan explícitamente el tema de la atención en salud mental a migrantes, sus propuestas resultan relevantes para la reflexión y para la interrogación de las prácticas en salud mental, y constituyen aportes a la hora de pensar la especificidad que releva el trabajo en este ámbito y las migraciones, desde una complejidad contextual.

Conclusiones

Los resultados de nuestra investigación se integran a la discusión global acerca de la salud mental intercultural, tomando como foco la atención de población migrante en nuestro país. Este estudio, de carácter descriptivo analítico, aporta elementos preliminares que permiten caracterizar al sujeto migrante que consulta, a partir del campo clínico del Programa PRISMA con su abordaje especializado. Desde lo cualitativo, posee un valor descriptivo suficiente (Karasz & Singelis, 2009) que nos permite conocer la experiencia en salud mental de los pacientes migrantes. Los resultados de las etapas consecutivas de análisis (cuantitativa y cualitativa) son una contribución a una problemática poco explorada a nivel nacional.

Es importante mencionar algunas limitaciones de este estudio, principalmente referidos al tamaño de la muestra, que pese a ser muy diversa culturalmente se acota únicamente al campo clínico del programa, y a la necesidad de ahondar en la especificidad en salud mental de las personas solicitantes de asilo y refugiadas. Sería atinente además, complementar los resultados con un análisis comparativo con población connacional.

El fenómeno emergente de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural, se ofrece a la comunidad clínica y académica como concepto explicativo (Teoría Fundada) desde el cual podemos ampliar la comprensión acerca de lo que ocurre en la atención

clínica en contextos de diversidad cultural. Profundizando en el concepto, podemos afirmar que tiene alcances en distintos escenarios clínicos interculturales ya que evidencia el lugar que ocupa la diferencia cultural entre el terapeuta/profesional y el paciente, diferencia que motiva la acción de negociación de contenidos (dígase culturales) en el encuentro. Esta distinción actúa no sólo respecto a diferencias culturales que se hacen evidentes en la relación terapéutica con personas de diversos orígenes (lingüísticos y étnicos), sino también es aplicable a las intervenciones que denotan diferencias entre terapeuta/profesional y paciente, muchas veces implícitas dentro de los abordajes clínicos. El concepto de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural explicita las diferencias, ofreciendo además una herramienta para la negociación activa de contenidos culturales, desde la subjetividad del terapeuta/profesional y del paciente. El encuentro de culturas es entendido como un encuentro de significados asociados a experiencias subjetivas muy diversas, susceptibles de ser exploradas y transadas en el espacio terapéutico.

Como psicólogas clínicas, las autoras de este estudio estamos conscientes que la experiencia clínica se desarrolla más rápidamente que la investigación. Desde la clínica con pacientes migrantes, observamos que hay elementos del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural que no se ven reflejados en los resultados propios del estudio (la data), los cuales sería relevante poder desarrollar en publicaciones clínicas futuras.

Referencias

Altimir, L. (2010). La influencia de las diferencias culturales entre terapeuta y paciente en la alianza terapéutica. *Revista De Familias y Terapias*. Instituto Chileno de Terapia Familiar, Vol.28, Dic.2009-Marzo 2010.

Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities: A Postmodern Approach to Therapy*, Nueva York: Basic Books.

Anderson, H. (2013). Selected writings, Postmodern social construction therapies (draft). <http://www.harleneanderson.org/writings/postmoderntherapieschapter.htm> (extraído en enero 2014).

Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not knowing Approach to therapy. En S. McNamee y K. Gergen (Ed.) *Therapy as a Social Construction*, pp.25-38. Thousand Oaks, Sage.

Becerra, M. y Altimir, L. (2012). Cap.6 *El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental*. En ACNUR, OIM, UNICEF: Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile: Avances y desafíos (pp.191-216). Santiago: Andros Impresores.

Becerra, M., Altimir, L. y Solís, A. (2013a, enero). ¿Quién es el paciente migrante y cómo se manifiesta su malestar? *Revista Psicología Hoy N°15*. Facultad de Psicología, Universidad Alberto Hurtado.

Becerra, M., Altimir, L. y Solís, A. (2013b, diciembre). *Análisis de las características específicas clínicas y psicosociales de la población migrante usuaria del Programa de Salud Mental para Migrantes y Refugiados PRISMA, y su percepción en relación a la atención que reciben*. Fondos Internos de Fomento a la Investigación para Académicos Universidad Alberto Hurtado (2011-2012). Santiago, Chile. Publicado en www.prisma.uahurtado.cl

Cárdenas, M. y Barrientos, J. (2008). Actitudes Explícitas e Implícitas hacia los Hombres Homosexuales en una Muestra de Estudiantes Universitarios en Chile. *Psykhé*, Nov 2008, vol.17, no.2, pp.17-25.

Charmaz, K., & Bryant, A. (2010). Grounded Theory. In B. McGaw., E. Baker, & P.P. Peterson (Eds.), *The international encyclopedia of education* (pp. 401-406). Oxford, UK, Elsevier.

Charmaz, K., & Henwood, K. (2008). Grounded theory in psychology. In C.Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (pp.240-260). London: Sage.

Comisión Económica para Latinoamérica y El Caribe, CEPAL (Septiembre, 2010). Resumen del estudio sobre marcos institucionales, normativos y de políticas sobre migración internacional en la Argentina, Chile y el Ecuador. *Seminario Taller sobre el Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales para la Gestión de la Migración*

Internacional: “Nuevas tendencias, nuevos asuntos, nuevos enfoques de cara al futuro”. Documento de referencia, pp. 8-13.

http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/44501/2010.09.07_ECLAC_Courtis_%28ES%29.pdf

Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile (2008). *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana*. Santiago: Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Day-Vines, N., Wood, S., Grothaus, T., Craigen, L., Holman, A., Dotson-Blake, K. & Douglass, M. (2007). Broaching the Subject of Race, Ethnicity and Culture During the Counseling Process. *American Counseling Association*.

Demoscópica (2009). *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la Zona Norte de la Región Metropolitana*. Santiago: Demoscópica S.A., Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Fischer, S.T. (2009). Bracketing in qualitative research: Conceptual and practical matters. *Psychotherapy Research*. July-September 2009; 19(4-5): 583-590.

Flick, U. (2002). Chapter 13: Interviews. *An Introduction to Qualitative Research*. The Kromwell Press, 2nd Edition.

Gergen, K.J. y Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones y divergencias. Swarthmore College University of Aarhus (E.U.A.)

Goldberg, D. y Williams, P. (2006). A Users guide to the General Health Questionnaire, GHQ. London: GL Assesment.

Hoffmann, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses, *Family Process*, 29, 1-12.

Karasz, A. & Singelis, T.M. (2009). Qualitative and Mixed Methods Research in Cross-Cultural Psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol.40, Num.6, November 2009, 909-916.

Knox, S. & Burkard, A. W. (2009). Qualitative research interviews. *Psychotherapy Research*, 19:4-5, 566-575.

- Martínez, J. (2011).** *Migración internacional en América Latina y el Caribe: nuevas tendencias, nuevos enfoques.* Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE – Población y Desarrollo. Santiago de Chile, mayo de 2011.
- Mishne, J. (2002).** *Multiculturalism and the Therapeutic Process,* The Guilford Press Publications, Nueva York, EEUU.
- Núñez, L. (2008).** *Living on the Margins: Illness and Healthcare among Peruvian Migrants in Chile;* Doctoral Thesis, Leiden University, Netherlands.
- Pérez, A., Paiewonsky, D. y García, M. (2008).** *Cruzando Fronteras: migración y desarrollo desde una perspectiva de género.* Instituto Internacional de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (UN-INSTRAW) e Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad) del Gobierno de España pp. 98 – 104.
- Pérez, A., (2010).** *Cadenas Globales de cuidado: ¿Qué derechos para un régimen global de cuidados justo?* Instituto Internacional de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (UN-INSTRAW) pp. 1 -10
- Stefoni, C. (2011).** *Perfil Migratorio de Chile,* Organización Internacional para las Migraciones OIM, Santiago, Chile.
- Stefoni C., Acosta, E., Gaymer, M. y Casas-Cordero, F. (2010).** *El derecho a la educación de los niños y niñas inmigrantes en Chile.* Editorial Universidad de Deusto, Instituto de derechos Humanos, Bilbao, España.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990).** *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques.* Newbury Park, CA: Sage.
- Sue, D. & Sundberg, N. (1996).** *Research and research hypotheses about effectiveness in intercultural counselling.* In P.B. Pedersen, J.C. Draguns, W.J. Lonner y J.E. Trimble (Eds.), *Counseling Across Cultures* (4th Ed., pp.323-352). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Universidad Diego Portales (2013)** *Salud mental y derechos humanos: la salud de segunda categoría.* En *Informe anual sobre derechos humanos en Chile* (pp. 187-221), Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Vásquez-De Kartzow, R. (2010).** *Nuevos actores de la epidemiología en tiempos de globalización.* En Agar Corbinos, L. (coord.) *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas,* Editorial Biplano, OIM/OPS/MINSAL, Santiago, pg.25-36.