

“Nuevas prácticas inclusivas en salud mental y migración: Programa PRISMA”

Autoras: Ps. Margarita Becerra L. y Ps. Laura Altimir C.
Programa PRISMA
Facultad de Psicología
Universidad Alberto Hurtado, Chile

El fenómeno migratorio global, del cual participa Chile, ha generado el establecimiento de un grupo cada vez mayor y heterogéneo de personas residentes de origen extranjero. Una vez en nuestro país, variables socioeconómicas y estructurales empobrecen la situación de vida del inmigrante. Se produce así un deterioro de sus condiciones de salud y salud mental, exponiéndolo a una situación de vulnerabilidad y disminuyendo el bienestar psicosocial del que gozaba en su país de origen.

Chile ha realizado importantes avances para garantizar el acceso y la equidad de las personas migrantes al sistema de salud pública. Sin embargo, la implementación de estas iniciativas legislativas se dificulta por la insuficiente difusión de las normativas y la falta de capacitación de los profesionales de la salud frente a los contextos y la especificidad de las temáticas migratorias. En el área de la salud mental, la situación actual de prestación de servicios en el sistema público genera escenarios de desigualdad social y exclusión para la población, que impactan de sobremanera a los migrantes.

Respondiendo al desafío de ofrecer atención especializada para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, se desarrolla el Programa PRISMA: Programa de Atención en Salud Mental para Migrantes y Refugiados¹. Iniciada el año 2008, esta iniciativa enfoca su quehacer desde la perspectiva de la inclusión, a través de una oferta de servicios multidisciplinarios que entiende al migrante como sujeto inserto en contextos complejos, que incluyen determinantes estructurales, además de problemáticas biopsicosociales, sumadas a la dimensión intercultural.

Nuestro programa acoge adultos, familias y parejas, que experimentan o manifiestan algún tipo de sufrimiento psicológico o psicosocial. El abordaje especializado propone intervenciones clínicas y terapéuticas, que valoran la importancia de la acogida, la integración de la dimensión intercultural del encuentro y el anclaje contextual de la experiencia migratoria y de refugio, desde una perspectiva de equidad social.

PRISMA surge como una nueva expresión y propuesta en las prácticas de salud mental e intervención psicosocial. La reflexión teórica suscitada por la investigación clínica, permite incorporar elementos comprensivos en el desarrollo de dispositivos creativos y originales y así trascender las perspectivas disciplinares y los modos tradicionales de trabajar con población vulnerable y excluida. Tanto el espacio terapéutico como el de intervención interdisciplinar, emergen como espacios inclusivos, ricos en contenido, que rescatan la historia de las personas migrantes a través del reconocimiento del relato migratorio en un contexto interpersonal y colectivo. Esto permite ir más allá de la “cura” o “sanación del sufrimiento psíquico”, hacia el “hacer sentido” en una construcción colaborativa, que sitúa al sujeto migrante como actor protagónico que comprende y agencia su proceso migratorio.

Investigación en Salud Mental y Migración, el estudio del Programa PRISMA

En el marco de la salud y la migración, y a modo de antecedente, existen estudios que demuestran una adecuada salud física de las personas migrantes al momento de su llegada al país de acogida. Sin

¹ Facultad de Psicología, Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile.

embargo, al entrar en juego variables socioeconómicas y estructurales que puedan empobrecer la situación de vida y producir un deterioro de las condiciones de salud, disminuye el bienestar psicosocial del que gozaban en su país de origen (Vázquez-De Kartzow, R., 2010; Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008; Demoscópica, 2009). Todos estos factores contribuyen a que las personas migrantes queden en una situación de vulnerabilidad social. Se suman también, condiciones de vulnerabilidad personal, especialmente cuando experimentan la enfermedad en un contexto que les es ajeno y donde, además, hay falta de soporte social y sufrimiento asociado a la exclusión. Es ahí donde se hace evidente la falta de recursos del migrante para recuperar su estado de salud (Núñez, L., 2008). Cuando la persona se enferma, intenta mejorarse utilizando los marcos de referencia y recursos que les son familiares y accesibles y que les proporcionan conocimiento acerca de cómo enfrentar la enfermedad. Para un creciente número de personas migrantes, este apoyo desaparece una vez que llegan al país de acogida, donde la mantención de la salud no siempre es posible.

Al adentrarnos en el estudio de las manifestaciones de malestar de las personas migrantes, existen evidencias científicas (estudios tradicionales en psiquiatría intercultural) que señalan la presencia importante de trastornos del ánimo y de ansiedad en esta población. Sin embargo, revisando investigaciones nacionales e internacionales más recientes referentes a migración y variables en salud mental, se constata que los hallazgos no son concluyentes. Esto, ya que el diseño metodológico de los estudios es diverso, los tipos de muestreo son variables, los instrumentos de medición no están adaptados ni estandarizados a la heterogeneidad que caracteriza a esta población (Becerra, M. y Altimir, L., 2012). Desde la falta de consenso de los hallazgos que intentan correlacionar variables en salud mental y migración, podemos afirmar que la migración no constituye un problema en sí mismo, sino más bien un proceso multivariado que impacta al sujeto. Este impacto puede expresarse en ocasiones a través de manifestaciones de malestar en salud mental.

Para profundizar en las particularidades de este proceso y sus manifestaciones, el área de investigación del programa PRISMA realizó un estudio orientado a describir y analizar la especificidad de las necesidades de atención en salud mental de la población usuaria, desde el punto de vista clínico y psicosocial. La investigación se focalizó en describir y analizar la especificidad de las necesidades de atención en salud mental de la población usuaria del programa desde el punto de vista clínico (el malestar subjetivo expresado y su correlato sintomatológico) y psicosocial (sus elementos de contexto), de manera de identificar potenciales adecuaciones en la prestación de servicios en salud mental considerando las características de los migrantes. Los resultados de la investigación junto con el proceso reflexivo que ésta implicó, fueron integrados en la formulación de un Modelo de Atención en Salud Mental para Migrantes y Refugiados, el cual abordaremos más adelante.

En una primera etapa del estudio se utilizó metodología cuantitativa, para sistematizar los elementos psico-sociales y los tipos de manifestaciones clínicas, recopilados en la Fichas Clínicas (N=63 casos clínicos), cuyos resultados permitieron caracterizar a la población usuaria por medio de análisis estadístico descriptivo. Complementariamente, se utilizó Cuestionario de Salud General (GHQ-28) para identificar el sufrimiento y la sintomatología psicológica de los usuarios.

² “Análisis de las características específicas clínicas y psicosociales de la población migrante usuaria del Programa de Salud Mental para Migrantes y Refugiados PRISMA, y su percepción en relación a la atención que reciben”, Fondos de Fomento a la Investigación para Académicos UAH, año 2011-2012.

³ El documento “Ficha Clínica” contiene información de todos los casos ingresados al programa desde el año 2009 hasta mediados del 2011, entre los meses de Marzo a Diciembre. Esto es equivalente a una muestra de 63 casos tratados durante este período. Para efectos clínicos, un caso, es una persona, pareja, familia o grupo de personas asociado a una demanda de atención a un número de ficha en un momento determinado.

⁴ Goldberg General Health Questionnaire, en su versión de 28 ítems.

En una segunda etapa de carácter cualitativo, se abordaron los objetivos de describir y analizar las percepciones y evaluaciones de los usuarios del Programa PRISMA acerca de sus principales características y especificidad, así como, evaluar e identificar adecuaciones al programa. A partir del análisis de entrevistas semi-estructuradas por medio de Teoría Fundada, se identificaron tres fenómenos de relevancia en la experiencia de los usuarios y que se ponen en juego en la atención en salud mental, además de un fenómeno central que integra y amplía los anteriores.

A partir de los resultados, pudimos constatar que las personas que consultan a PRISMA son en su mayoría mujeres (73%), con un promedio de edad de 33 años (edad laboral activa), con altos niveles de escolaridad (en un 42,9% educación superior) y que se desempeñan en su mayoría en trabajos informales y precarios. Respecto a la nacionalidad, en un 82,6% las personas consultantes son de origen latinoamericano. La mayoría de estos datos concuerdan con información censal nacional y registros estadísticos del Departamento de Extranjería y Migración a la fecha. La alta presencia de mujeres, coincide con el proceso de feminización de las migraciones en América Latina, ampliamente estudiado (Martínez, J., 2003). Datos cualitativos de la investigación revelan que la población consultante femenina manifiesta múltiples motivaciones para migrar, entre las cuales se enuncian movilidad social, búsqueda de oportunidades laborales y económicas. Con todo, la mujer migrante aparece como sujeto de autonomía y agencia.

Específicamente, respecto a los elementos clínicos, la mayoría de las atenciones en salud mental se concentra entre el primero y el quinto año de residencia en Chile (72,6%), con una cúspide en el primer año. Esto puede ser entendido desde la exposición a estresores ambientales y psicosociales en el primer período migratorio, y su consecuente impacto en la salud mental. En este período dentro del proceso migratorio, los sujetos están expuestos a la ausencia de redes, procesos de aculturación y dificultad para insertarse a redes locales de salud pública. En este sentido, el Programa PRISMA funciona como un amortiguador (función de transición, función de traducción) en situaciones adaptativas difíciles donde las personas se sienten acogidas.

El estudio indica también que las personas llegan a consultar mayoritariamente por sintomatología ansiosa y anímica, y con demandas a nivel relacional (familiar, de pareja, comunitario y social). Estas manifestaciones clínicas pueden estar relacionadas con las frágiles condiciones estructurales de las personas migrantes, además de la significación propia de la experiencia subjetiva asociada a la migración. Las expectativas manifestadas por los usuarios, dan cuenta de la necesidad de ayuda relacionada con: alivio sintomático, acogida empática, orientación, comprensión del problema que los aqueja, así como la búsqueda de solución.

En relación a la modalidad de atención de nuestros pacientes, se observa, una gran cantidad de intervenciones “en crisis” (23.8%), que revelan la cualidad emergente de los problemas que los aquejan, donde el contexto de vulnerabilidad social y la situación de fragilidad emocional de los mismos, puede convertir cualquier evento negativo inesperado en una situación crítica para el paciente. Es por ello que podemos afirmar que el paciente migrante revela problemáticas de alta complejidad que incluyen elementos sociales, jurídicos, habitacionales, entre otros. Esto requiere gran movilización de recursos profesionales, económicos y humanos, así como un trabajo profesional interdisciplinario de contención.

El análisis cualitativo en torno a la percepción de los usuarios, destaca un primer fenómeno, cual es de la **experiencia migratoria** como principal contexto vital de los usuarios. Aquí emergieron todos los elementos de su cotidianidad como las condiciones de precariedad social (falta de redes, precariedad de vivienda, dificultades para trabajar y económicas, situación migratoria irregular) a las que se ven expuestos. Además, se relevan los desafíos de adaptación y a la propia identidad que el contacto con la sociedad de acogida les demanda. También se identificaron elementos de dificultad en la relación con chilenos, personas que se han aprovechado de su situación de inestabilidad y procesos personales que han sido difíciles (como cambios de estatus social en relación al país de origen). En este escenario, los

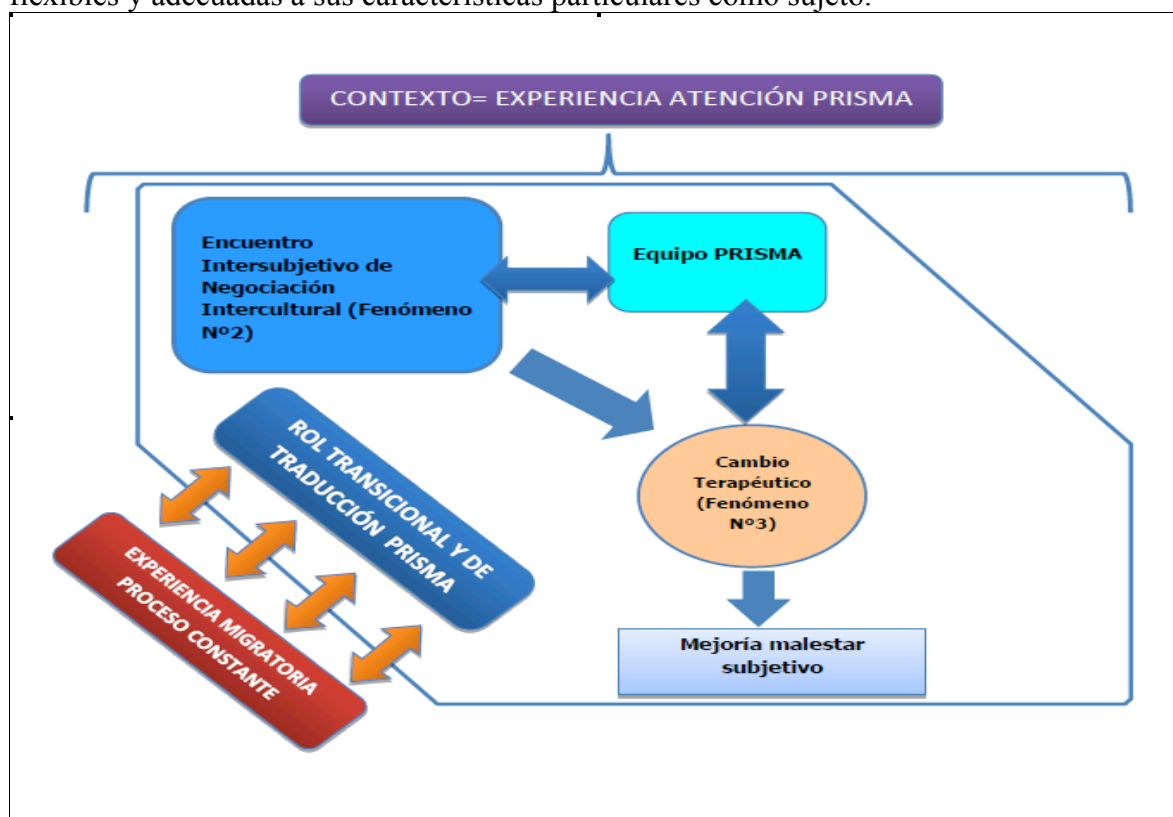
prejuicios sociales son una condición que interviene permanentemente en la vida de los sujetos migrantes, ya que se señalaron como experiencias negativas que se dan de manera frecuente en la sociedad de acogida, independientemente de la cantidad de años que lleven viviendo en Chile. Los entrevistados asociaron la experiencia migratoria con los problemas que los movilizan para solicitar atención en PRISMA y que se van construyendo a lo largo de su estadía en el país. Si bien la experiencia migratoria no es lo único que motiva a las personas a buscar ayuda en salud mental de manera activa, sí es un factor preponderante con todos sus desafíos y da el contexto a la interacción con la sociedad de acogida. Una vez identificado el problema en salud mental, independientemente de cuál sea, los entrevistados lograron resaltar algunas dimensiones asociadas a éste y que están directamente relacionadas con: la condición de ser extranjeros, las diferencias de idioma y culturales con país de acogida, así como a dificultades individuales.

La búsqueda o solicitud de ayuda en salud mental es lo que lleva al sujeto a pedir atención en el Programa PRISMA, ya sea que posee una noción de los servicios ofrecidos y la especificidad de la atención, o bien, llegue por medio de una derivación sin tener conocimiento alguno acerca de ellos. En el encuadre de atención del Programa es que se da el segundo fenómeno, el **encuentro intersubjetivo de negociación intercultural**. En el encuentro se aprecia la distinción de los entrevistados respecto del encuadre de flexibilidad y adaptación de la atención, así como las características del contacto directo con el equipo profesional en el proceso psicoterapéutico. En la experiencia del vínculo directo, se da la negociación intercultural de significados acerca del malestar subjetivo, de las diferencias culturales puestas en escena en el encuentro intersubjetivo y del tipo de terapia que cursa el paciente. Identificaron aspectos de la experiencia del vínculo que favorecen el proceso terapéutico, como la posibilidad de contención, escucha y validación, así como seguridad, cercanía, sensibilidad intercultural, reciprocidad y “resiliencia” del vínculo (posibilidad de superar malos entendidos y emociones negativas en el vínculo con el profesional). Como estrategias para la acción en relación al encuentro, se destacó el trabajo en equipo como puente para el ajuste de las intervenciones a las necesidades presentadas por los pacientes, la adherencia desde una actitud activa del paciente y aparecieron como centrales las características de los terapeutas y/o profesionales en contacto directo con el caso. Respecto a éstas últimas, ellas aluden a las actitudes de flexibilidad, preocupación y acogida, entre otras, y en aspectos técnicos relativos a la experticia y conocimientos en el tratamiento con población extranjera y con interculturalidad, función de “traductor”, entre otros. Estas características tienen la particularidad de referirse al manejo de elementos culturales en el encuentro intersubjetivo. Los elementos que intervienen en éste fenómeno son las representaciones que trae el sujeto respecto a la terapia y al rol del terapeuta y, estos son parte importante de la negociación intercultural que ocurre al interior del espacio de encuentro. Como consecuencia de este fenómeno del encuentro se aprecian, el aprendizaje de los sujetos respecto del proceso terapéutico y cómo éste opera, la configuración de una percepción de la atención clínica, así como la posibilidad de cambio terapéutico en el ámbito individual, familiar y/o de pareja.

El **cambio terapéutico** constituye el tercer fenómeno identificado y tiene la particularidad de darse en el contexto del Programa PRISMA, así como de verse constantemente influido o intervenido por la experiencia migratoria que es una constante en la vida de los migrantes. El cambio terapéutico se da por la posibilidad de hacer sentido de la experiencia subjetiva en un espacio terapéutico, así como la ampliación de la percepción respecto de sí mismos y de su contexto vital. Las estrategias para el cambio fueron identificadas como acciones dentro del vínculo terapéutico, técnicas significativas para el paciente y abordaje de prejuicios sociales dentro del proceso terapéutico. Además, parte importante de la posibilidad de cambio está dada por la actitud de apertura del paciente a considerar nuevas dimensiones del problema o del malestar subjetivo. Las consecuencias o resultados del proceso de cambio terapéutico son principalmente el logro de un sentido de agencia y autonomía del paciente, el

aprendizaje respecto del proceso terapéutico, la evaluación de efectividad del tratamiento y sugerencias respecto de la atención en el Programa.

A partir de los tres fenómenos recién descritos y su interconexión, apareció un fenómeno central que delimita el rol que ocupa el Programa en la atención de esta población usuaria. El análisis da cuenta de un **“rol transicional y de traducción” que ocupa el Programa PRISMA** en el proceso de ajuste o adecuación del paciente a sus requerimientos contextuales que afectan directamente en su manifestación de malestar. En este sentido, el equipo del programa, y sus profesionales, al realizar las diversas intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas desde las distintas disciplinas (psiquiátrica, social, psicológica, jurídica) favorecen la integración y la generación de redes y progresivamente, permiten al paciente prescindir de los servicios del mismo. Este es un proceso transicional gradual, que en un comienzo requiere de variados esfuerzos y dispositivos de atención del Programa, pero que luego de un proceso muchas veces terapéutico, suscita una actitud de agencia y autonomía en el paciente. En este sentido, el rol de traducción permite que el usuario adquiera una mayor comprensión respecto de su contexto intercultural actual y su malestar subjetivo y, desarrolle estrategias de afrontamiento más flexibles y adecuadas a sus características particulares como sujeto.



La integración de los resultados cuantitativos y cualitativos, permitió ampliar la comprensión del fenómeno de las manifestaciones de malestar subjetivo en la salud mental de la población migrante, así como, acercarnos a la percepción de los migrantes respecto de lo que es relevante en su propia atención o tratamiento desde fuentes de información que resultan complementarias. Realizando una revisión exhaustiva de los resultados, encontramos cómo la experiencia migratoria (fenómeno 1 análisis cualitativo) engloba y enriquece con significados específicos, la mayoría de los elementos descritos en la información demográfica del análisis cuantitativo. Esto, ya que los sujetos se refieren a su experiencia en el país de acogida desde las dificultades en el proceso de adaptación e integración que implican las condiciones de vulnerabilidad como la dificultad para encontrar trabajo, económicas, de vivienda, de acceso a salud (previsión), etc. En este contexto, son principalmente relevantes los prejuicios sociales asociados a las diversas nacionalidades, pues de ello depende en parte la experiencia

cotidiana que tienen los sujetos en el país de acogida, en este caso Chile. La aparición de prejuicios también tiñe la experiencia del acceso a trabajo, salud, educación y otros beneficios sociales, en tanto frecuentemente obstaculizan el ejercicio de derechos de los sujetos migrantes.

El sujeto migrante al solicitar atención en PRISMA, trae al encuentro intersubjetivo de negociación intercultural (fenómeno 2 análisis cualitativo) todos los elementos recién mencionados de la experiencia migratoria, que entran en interacción con elementos relativos al equipo de profesionales, así como características del encuadre flexible y adaptativo del Programa. Aquí la información del análisis cuantitativo respecto a las manifestaciones clínicas con que llegan los sujetos migrantes, los motivos de consulta y las expectativas, se complementa con los datos cualitativos en tanto parecen indicar que las personas llegan con malestar subjetivos con sintomatología ansiosa y anímica, así como con demandas en el ámbito de lo relacional ya sea familiar, de pareja, o respecto a cómo se desenvuelven en su ambiente social. Por otra parte, las expectativas manifestadas por los sujetos entrevistados coinciden con los datos cualitativos, en tanto la búsqueda de ayuda se relaciona con el alivio del síntoma, la acogida empática, la orientación y comprensión, así como la búsqueda de solución al problema que los aqueja. Todo ello es parte de lo que trae el sujeto al encuentro intercultural.

Dicho encuentro, en que la negociación de significados culturales es central para el proceso terapéutico, posibilita el desarrollo de cambio terapéutico (fenómeno 3 del análisis cualitativo). Lo que se releva del cambio es la posibilidad de apertura a nuevas perspectivas respecto del problema, así como del desarrollo del sentido de agencia de las personas. Esto último, es justamente el objetivo del Programa y forma parte integral del rol fundamental del mismo, el rol de traducción intercultural y transición (fenómeno central análisis cualitativo) hacia la inserción del sujeto en su entorno de redes y comunidad locales. El proceso, que evoluciona desde que el sujeto requiere del Programa para insertarse hacia el desarrollo de la propia autonomía en este proyecto, es el objetivo central de PRISMA. Este proceso que constituye el rol del Programa, es percibido por los usuarios en tanto describen su experiencia de atención, como orientada hacia el proceso de la propia agencia en el ejercicio de sus derechos.

Formulación del Modelo de Trabajo PRISMA de Atención en Salud Mental para Migrantes y Refugiados

Los resultados de esta investigación, junto con el proceso de análisis de las prácticas en salud mental del programa, permitió conocer en profundidad al sujeto migrante que consulta, comprender las necesidades específicas de esta población en el área de la salud mental y sistematizar un modelo de trabajo adecuado a las necesidades específicas de nuestra población usuaria.

A la base del modelo, se encuentra una práctica sensible a la cultura, con intervenciones interdisciplinarias y en redes, que integran las dimensiones múltiples propias de la experiencia migratoria y de refugio en nuestro país, sin importar el origen y la condición social o migratoria de nuestros pacientes.

Entendemos que el malestar en salud mental de las personas migrantes se asocia a elementos subjetivos, experienciales, situacionales y contextuales. Se integra así, la consideración de la experiencia migratoria como eje central de la subjetividad de nuestros pacientes y la manera en que ésta opera en sus interacciones familiares, sociales, comunitarias y con nuestro equipo en tanto agente social. Esto porque la experiencia migratoria trae condiciones especiales al encuentro entre el sujeto migrante y los profesionales intervinientes, y aporta elementos fundamentales de considerar en el abordaje clínico y psicosocial, así como en el plan de intervención para cada caso.

Este modelo plantea que el encuentro terapéutico con pacientes migrantes requiere de un manejo técnico en la negociación intercultural y de significados, lo que implica la valoración de la acogida empática, flexibilidad del encuadre en las atenciones, apertura de la perspectiva disciplinar y, sobre

todo, cautela a la hora de diagnosticar. Así bien, el equipo profesional interdisciplinar cumple un rol activo en la contención y en la traducción de significados culturales, adquiriendo una función transicional hacia el desarrollo de herramientas de mayor autonomía y agencia, el ejercicio de derechos y de ciudadanía de los pacientes.

En resumen, ¿cuáles son los elementos esenciales del Modelo PRISMA?

1. Sostenemos la perspectiva de equidad social.

Nuestro programa ofrece servicios clínicos y psicoterapéuticos especializados, adaptados a las necesidades de nuestros usuarios, personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, sin importar el origen y la condición social o migratoria de nuestros pacientes. Al enfocar esta temática, el Programa PRISMA apela al acceso y a la oferta de servicios de calidad bajo nociones de igualdad y equidad.

2. Nuestro abordaje es reflexivo, desde un análisis multidimensional contextual.

Para comprender la temática de la salud mental de nuestros usuarios necesitamos trascender la perspectiva estrictamente sanitaria, hacia definiciones que incorporan dimensiones múltiples como la política, la legislativa, la biológica, la social, la ética, la cultural, ... La reflexión multidimensional está anclada en un eje contextual, a través del cual se integran elementos de realidad de un espacio (geográfico) y de un tiempo determinados. A través del análisis multidimensional contextualizado, podemos pensar la migración, la exclusión social, la salud y la salud mental desde un espacio reflexivo, donde se puede instalar la conversación multidisciplinar e intersectorial, favoreciendo abordajes oportunos y pertinentes para esta población (Becerra, M. y Altimir, L, 2012).

3.- Rescatamos la vivencia subjetiva de las personas migrantes.

Tanto el espacio terapéutico como el de intervención interdisciplinar son considerados esencialmente espacios de reconocimiento y validación de la historia y la experiencia migratoria de las personas que solicitan atención, más allá de las manifestaciones sintomatológicas del malestar en salud mental y los consecuentes diagnósticos clínicos asociados a ellas.

3. Intervenimos desde el trabajo interdisciplinar.

El equipo de profesionales está compuesto psicólogos psicoterapeutas (individuales, familiares y de pareja), una psiquiatra, trabajadores sociales, una socióloga investigadora en temáticas de interculturalidad y una supervisora clínica nos apoya en el autocuidado ("rol transicional y de traducción"). La diversidad disciplinar de nuestro equipo, hace eco con la diversidad de nuestros usuarios.

4. El rol del equipo profesional experto en la temática migratoria es fundamentalmente de contención.

En este sentido, el rol del equipo profesional, es uno de sostén o contención, en el que hay una condensación de funciones que se traduce en una experiencia positiva y se relaciona con la flexibilidad y la adecuación al paciente en un contexto de demanda de asimilación a la sociedad de acogida (PRISMA, 2012).

5. El equipo y el Programa PRISMA como un todo, acompañan al sujeto en la inserción a su contexto.

El sujeto a medida que avanza en su proceso hacia la mejoría de su malestar subjetivo, va generando los espacios de redes y comunidad que le permitan prescindir de la función que cumple el programa al momento de solicitar la ayuda. Este proceso de progresiva autonomía y agencia del sujeto, es lo que promueve el programa desde su rol “transicional” y de “traductor”.

6. El equipo ofrece un soporte concreto para el migrante en situación de precariedad.

Esto, en términos de las acciones que implican las intervenciones interdisciplinarias e interinstitucionales. Aquí, se ponen en acción los distintos dispositivos de atención, ya sea intervención en crisis y apoyo psicosocial (incluyendo derivación vinculada), o bien, psicoterapia en sus modalidades de atención individual, familiar, de pareja o grupal.

7. Parte fundamental del quehacer clínico del programa se centra en el trabajo en redes.

Este es una labor y un esfuerzo constantes por establecer, mantener y mejorar la comunicación entre distintos organismos o instituciones intervinientes en los casos y que pueden colaborar en generar una red de apoyo para el migrante. Se trata de equipos que estén involucrados en los casos clínicos o que, por su particular experticia y por criterio clínico, sean llamados a participar en la atención del caso.

Reflexión

El abordaje del malestar en salud mental de la población migrante, implica varias aristas que, si analizamos desde una mirada técnica, puede tener similitudes con las aproximaciones al tratamiento con población en situación de vulnerabilidad social en general. Sin embargo, tanto la investigación como la experiencia clínica indican que hay elementos complejos que nos exigen poner atención a la manera en que se expresan y se significan estos malestares específicos. Es por ello que proponemos un Modelo de Atención especializado y enfocado en la experiencia subjetiva del migrante, como pilar fundamental para conseguir buenos resultados (*outcome*) en psicoterapia e intervención psicosocial. El modelo PRISMA se actualiza en un contexto, abriéndonos la posibilidad de generar cambio social a través de una práctica clínica inclusiva con las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas.

...

Bibliografía

- 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. y Altimir, L. (2013). Salud mental y migración: el trabajo de PRISMA. *Revista Psicología Hoy N°15*. Facultad de Psicología, Universidad Alberto Hurtado.
- Becerra, M., Altimir, L. y Solis, A. (2013). ¿Quién es el paciente migrante y cómo se manifiesta su malestar? *Revista Psicología Hoy N°15*. Facultad de Psicología, Universidad Alberto Hurtado.
- 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).

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).

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

Hollan, D. (2004). Self Systems, Cultural Idioms of Distress, and the Psycho-Bodily Consequences of Childhood Suffering, *Transcultural Psychiatry*, March 2004 41: 62-79.

Núñez, L. (2008). *Living on the Margins: Illness and Healthcare among Peruvian Migrants in Chile*. (Doctoral Thesis, Faculty of Medicine, Leiden University Medical Center (LUMC), 2008). Netherlands: Leiden University.

Núñez, L. (2010). Migrantes urbanos y los lenguajes del malestar. En Agar Corbinos, L. (coord.), *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*, Editorial Biplano, OIM/OPS/MINSAL, Santiago, pp. 159-177.

PRISMA (2012). *Análisis de las características específicas clínicas y psicosociales de la población migrante usuaria del Programa de Salud Mental para Migrantes y Refugiados PRISMA, y su percepción en relación a la atención que reciben*. Fondos de Fomento a la Investigación para Académicos Universidad Alberto Hurtado.

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, pp. 25-36.