



INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE DESARROLLO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL
NAZIOARTEKO LANKIDETZA ETA GARAPENARI BURUZKO IKASKETA INSTITUTUA

Máster en Desarrollo y Cooperación Internacional

Máster en Desarrollo y Cooperación Internacional

Hegoa

Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional
Nazioarteko Lankidetzeta eta Garapenari buruzko Ikasketa Institutua

Trabajo Fin de Máster

**La atención psicológica y psicosocial
con mujeres inmigrantes
de origen subsahariano**

Una mirada crítica desde las profesionales

Águeda Puy Alforja

(Curso 2020/2021)

eman la zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

Tutor/a:

Itziar Gandarias Goikoetxea

Septiembre 2021

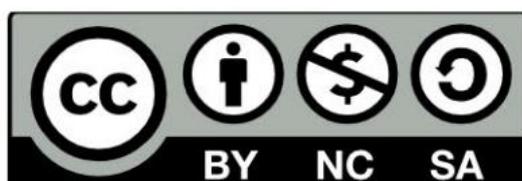
Hegoa. Trabajos Fin de Máster, n.º 44

Hegoa
www.hegoa.ehu.es
✉ hegoa@ehu.es

UPV/EHU. Edificio Zubiria Etxea
Avenida Lehendakari Agirre, 81
48015 Bilbao
Tel.: (34) 94 601 70 91 --- Fax.: (34) 94 601 70 40

UPV/EHU. Biblioteca del Campus de Álava.
Nieves Cano, 33
01006 Vitoria-Gasteiz
Tfno. / Fax: (34) 945 01 42 87

UPV/EHU. Centro Carlos Santamaría.
Plaza Elhuyar, 2
20018 Donostia-San Sebastián
Tfno.: (34) 943 01 74 64



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-Compartirigual 3.0 Unported](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

**LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSICOSOCIAL CON MUJERES
INMIGRANTES DE ORIGEN SUBSAHARIANO. UNA MIRADA CRÍTICA
DESDE LAS PROFESIONALES.**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Desarrollo y Cooperación Internacional

Curso Académico 20/21

Águeda Puy Alforja

Tutora: Itziar Gandarias Goikoetxea

26/08/2021



Palabras: 26.129

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	9
1. Procesos Migratorios	9
1.1 Causas de la emigración, el caso de las mujeres del África Subsahariana	9
1.2 La Europa fortaleza	10
1.3 El impacto de la Europa Fortaleza sobre los cuerpos de las mujeres migrantes... 11	11
1.4 Características del proceso migratorio y estrategias de resistencia femenina	11
2. Migración y Salud Mental	13
2.1 La adaptación en el proceso migratorio	13
2.2 Alteraciones en la salud mental propias de los procesos migratorios..... 15	15
2.2.1 Aculturación y estrés aculturativo	15
2.2.2 El Duelo Migratorio	16
2.2.3 Síndrome de Ulises o Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico	17
2.3 Impactos psicológicos del proceso migratorio..... 19	19
3. Intervención Psicosocial	21
3.1 La intervención psicosocial..... 21	21
3.2 La gubernamentalidad de la intervención psicosocial	23
3.3 Construcción de la categoría “mujer inmigrante”	25
3.4 La figura de la psicóloga: relación terapéutica extendida y transculturalidad..... 26	26
DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... 32	32
1. Problemáticas psicosociales que presentan las mujeres inmigrantes de origen subsahariano..... 35	35
1.1 Problemáticas por género, raza y clase	35
1.2 Problemáticas psicosociales	37
1.3 Problemáticas psicológicas	38
2. Obstáculos que encuentran las psicólogas en el ejercicio de la atención psicológica y psicosocial..... 39	39
2.1 Burocracia de los dispositivos	39
2.2 Barreras de las profesionales	40
2.3 Barreras de las usuarias..... 42	42
2.4 Obstáculos en la relación terapéutica..... 44	44
3. Estrategias de intervención y metodologías que emplean las psicólogas en el ejercicio de la atención psicológica y psicosocial	47
3.1 Construir relación terapéutica	47
3.2 Colocar la mirada desde “la otredad”	49
3.3 Proceso adaptativo y aculturativo	52
3.4 Metodologías participativas y grupales	53
4. Retos de la atención psicológica y psicosocial desde una mirada transcultural..... 55	55
4.1 Salir de la psicología ortodoxa: Más psicología psicosocial y menos individualismo clínico	55
4.2 Despatriarcalizar y decolonizar los dispositivos..... 57	57
4.3 Formación continua profesionales	58
CONCLUSIONES..... 60	60
REFERENCIAS	63
ANEXOS	68

RESUMEN

Resumen: Las políticas neocoloniales de los países del norte hacia los países del sur provocan en su población un proyecto migratorio que en ocasiones se dirige a Europa. Ante ello, para proteger y perpetuar su poder Europa crea una multitud de políticas que dan lugar a la Europa Fortaleza.

La creación de la Europa Fortaleza dificulta, violenta y pelagra el trayecto migratorio de las personas inmigrantes subsaharianas a Europa. Por su condición de mujeres y negras, está realidad atraviesa a las mujeres del África Subsahariana de un modo concreto, estando estas más sujetas a violencias y distintos tipos de vulnerabilizaciones.

Este trayecto migratorio, junto con la llegada a un sociedad racista puede suponer un acontecimiento (o mejor dicho múltiples acontecimientos) que atiente contra la salud mental de estas mujeres, requiriendo así una atención especializada. No obstante, tanto los dispositivos como las propias profesionales están construidos desde un enfoque masculinista y occidental que no sólo limita la cobertura de sus necesidades sino que reproduce violencias. Ante ello, el presente trabajo analiza las problemáticas, los obstáculos, estrategias y retos de la intervención psicosocial desde una mirada de género y transcultural para construir nuevos modelos de intervención más liberadores.

Palabras clave: Intervención psicosocial, Salud Mental, Perspectiva transcultural, Perspectiva de género

Laburpena: Iparraldeko herrialdeek Hegoaldeko herrialdeenganako situzten politika neokolonialek bertako biztanleen artean migrazio-proiektu bat sortzen dute, batzuetan Europarako norabidea duena. Honen aurrean, Europak bere boterea babestu eta iraunarazteko politika ugari sortzen ditu Europa Gotorlekua sortuz.

Europa Gotorlekua sortzeak, Sahara hegoaldeko etorkinen Europarako migrazio ibilbidea zaildu, bortiztu eta arriskutsuago bihurtzen du. Emakume eta beltz izateagatik, errealitate honek Sahara hegoaldeko Afrikako emakumeak modu zehatzean zeharkatzen ditu, indarkeria eta zaugarritasun era ezberdinei lotuago baitaude.

Migrazio ibilbide hau, gizarte arrazista batera iristearekin batera, emakume hauen osasun mentalaren aurkako gertaera bat izan daiteke (edo, hobeto esanda, gertaera ugari), arreta espezializatua behar duena. Hala ere, bai dispositiboak, bai profesionalak berak, mendebaldeko ikuspegi maskulinista batetik eraikita daude. Ikuspegi honek emakumeen beharren asetzea mugatzeaz gain, indarkeriak erreproduzitzen ditu. Horren aurrean, lan honek esku-hartze psikosozialaren arazo, oztopo, estrategia eta erronkak aztertzen ditu, generoaren eta kulturaz gaindiko ikuspegitik, esku-hartze eredu askatzaileagoak eraikitzeko.

Gako-hitzak: Esku-hartze psikosoziala, Osasun Mentala, Kulturaz Gaindiko Ikuspegia, Genero Ikuspegia.

INTRODUCCIÓN

La relación de opresión colonialista y patriarcal de los países del norte hacia los del sur, causa un efecto “push” sobre la población, la cual decide emigrar como estrategia de supervivencia. Asimismo la demanda Europea de mano de obra feminizada y las opresiones específicas de mujeres impulsan la migración femenina.

Frente a migraciones intercontinentales, se construye la Europa Fortaleza, la cual violenta en mayor medida sus cuerpos y dificulta el proceso migratorio. Así, los diferentes riesgos y violencias que presenta el proceso migratorio, pueden suponer psicológicamente un acontecimiento vital estresante, con múltiples rupturas y un posible factor de riesgo para la salud mental. De hecho, este proceso puede dar lugar a tres alteraciones características que definen Achotegui (2000), Pérez (2004) y Sayed-Ahmad (2006) entre otros: la aculturación y el estrés aculturativo; el Duelo Migratorio; y el Síndrome de Ulises. Cabe puntualizar que esos síndromes o alteraciones psicológicas son reacciones adaptativas a las experiencias vividas, por lo que únicamente se convierten en problemáticas cuando interfieren en el desarrollo sano de la persona.

Ante el desarrollo de alteraciones en la salud mental y bienestar de la persona en el proceso migratorio y, principalmente, en la llegada a la sociedad de acogida; se detecta la necesidad de construir servicios, dispositivos y profesionales para atender a las necesidades de estas personas. Esta atención está focalizada principalmente en la atención de los elementos sociales y personales para la correcta adaptación de la persona inmigrante. Pero, “correcta” adaptación a juicio de quién, ¿de la propia persona inmigrante o de la sociedad de acogida y sus intereses?

Tomando como base esta pregunta, en el presente trabajo se analiza la gubernamentalidad o estrategias de control que suponen las intervenciones psicosociales, los dispositivos y los profesionales que los componen. Para ello se tomará como referencia a diversas autoras como Marisela Montenegro o Catherine Galaz.

También se analizará cómo la gubernamentalidad construye la categoría de mujer inmigrante y cómo influye en la atención que se aplicarán sobre ellas. Para ello se profundiza en la labor de la psicóloga en la intervención con mujeres inmigrantes y la importancia de su figura.

Cabe señalar que en numerosas ocasiones la mujer usuaria se encuentra con profesionales saturadas, sin tiempo, cargadas de prejuicios, paternalismos y sin competencia cultural. Por ello, en el presente trabajo se abordan dos aspectos clave para la atención psicosocial con personas inmigrantes: la relación terapéutica extendida o ampliada y la perspectiva transcultural.

Ante el panorama descrito, las preguntas que se plantean son: ¿están nuestras metodologías occidentales y autóctonas adaptadas a diferentes realidades? ¿se atiende realmente a las problemáticas que las mujeres presentan? ¿qué relación terapéutica es la más adecuada en estas situaciones? ¿somos un engranaje más de una estructura social racista y violenta? ¿es la psicología una labor aislada de la salud o el ejercer la psicología debe ser un acto político? ¿existen líneas de fuga sobre las que poder ejercer?

1. Justificación

La motivación para realizar este estudio radica en diferentes inquietudes por parte de la autora. Mi bagaje personal y profesional me ha permitido trabajar o colaborar en la intervención psicosocial con mujeres inmigrantes. Estas experiencias me han permitido observar durante la atención psicosocial sentimientos de frustración, insatisfacción, incompreensión etc. tanto por las usuarias como por las profesionales, por la calidad de atención recibida por parte de unas y las limitaciones para poder ejercer como desean por parte de las otras.

A su vez, como feminista que en los últimos años me he formado y nutrido del feminismo interseccional, me he visto inmersa en un proceso personal en el cual identifiqué y analizo tanto las diferentes opresiones que me atraviesan como las que ejerzo desde mis posiciones de poder como mujer occidental, para así disminuir el ejercicio de mis prácticas coloniales y racistas en todos los ámbitos de mi vida, incluyendo el campo profesional y laboral.

Por tanto, a través del presente trabajo trato de estudiar la psicología y la atención psicosocial como herramientas para la construcción de una sociedad más justa desde un análisis de clase, raza y género; cuestionando aquellas praxis que perpetúan procesos coloniales, patriarcales o clasistas. Todo ello al mismo tiempo que me cuestiono a mí como mujer militante, académica, graduada en psicología y europea.

Desde el punto de vista de la autora, las psicólogas y profesionales de la salud mental son claves para prestar servicios de la mejor manera posible. Por ello es esencial que tengan formación y sensibilidad hacia las realidades y las personas que atienden, en este caso comprender algunos procesos transnacionales, coloniales y económicos como el proceso migratorio femenino y el control sobre sus cuerpos y vidas. A su vez es necesario conocer la incidencia y afectación que el proceso migratorio tiene sobre la salud mental y bienestar de las mujeres inmigrantes.

El adecuado conocimiento de las consecuencias psicológicas sobre este colectivo permite que el profesional trate de adecuar sus intervenciones psicosociales en la medida de lo posible. Para lograr esta sensibilización y adecuación en el ejercicio, el presente trabajo critica al modelo de intervención hegemónico. Finalmente, se plantean los retos existentes para la mejora de la praxis.

Por todo lo anteriormente expuesto este estudio resulta innovador y de interés por la incorporación de la perspectiva transcultural y de género y por las alternativas, propuestas y estrategias de resistencias que plantea.

2. Objetivos

El objetivo general del estudio es realizar un análisis crítico de la figura del psicólogo y la atención psicosocial a mujeres inmigrantes de origen subsahariano.

En base al objetivo propuesto en el trabajo se busca:

1. Conocer el contexto de la migración desde el África subsahariana al Estado Español y sus impactos psicosociales y en la salud mental.
2. Detectar las problemáticas psicosociales que presentan las mujeres inmigrantes de origen subsahariano.

3. Identificar los obstáculos que encuentran las psicólogas en el ejercicio de la atención psicológica y psicosocial.
4. Analizar las estrategias de intervención y metodologías que emplean las psicólogas en el ejercicio de la atención psicológica
5. Identificar los retos de la atención psicológica y psicosocial desde una mirada transcultural

3. Metodología

Para el logro de los objetivos propuestos se lleva a cabo una revisión bibliográfica de informes, artículos, libros y estudios académicos en bases de datos del ámbito de las ciencias sociales. Se ha procurado incorporar fuentes de mujeres y personas racializadas para evitar una única visión masculinizada y etnocentrista del trabajo

Por otro lado, se han obtenido datos cualitativos mediante la realización de entrevistas a cuatro informantes clave que ejercen la psicología en organizaciones no gubernamentales y han llevado a cabo un proceso de reflexión acerca de la temática de interés. Las entrevistas se realizaron vía online y tuvieron una duración media de 1h 10min. Se plantearon con esquema semiestructurado y preguntas abiertas con la intención de crear un espacio de intercambio de conocimiento. Estas sesiones fueron grabadas y posteriormente transcritas.

Para el análisis de la información obtenida, en primer lugar se ordenó esa información en base a los objetivos de la investigación. Posteriormente codificaron unidades de significado en dentro de cada objetivo y, finalmente, se agruparon según su contenido y significado, dando lugar a la categorización por temas y subtemas expuesta en la Tabla 2

Finalmente, con la discusión y el análisis de las mismas se pretende construir narraciones que reconstruyan el significado de la psicología y la atención psicosocial; que cuestionen e ironicen el contexto sociocultural en el que se producen; y que alimenten la transformación del mismo.

4. Estructura del trabajo

Por tanto, el trabajo está estructurado en cuatro partes que serán:

Una introducción teórica dedicada al análisis histórico y evolutivo de las relaciones coloniales entre el “Norte y Sur global”, de los engranajes construidos para el desarrollo de un neocolonialismo, y de los principios y prácticas de una Europa Fortaleza que vulnera sistemáticamente los derechos humanos. Además se ahonda en la idiosincrasia del proyecto migratorio femenino y la manera en la que las mujeres afrontan violencias y desarrollan estrategias.

En segundo lugar, como parte del análisis teórico, nos acercaremos a la afectación que el proceso migratorio tiene sobre la salud mental de la persona. Así, se abordarán cuestiones que pueden alterar la salud de la persona como el proceso de adaptación, el estrés aculturativo, el duelo migratorio, , y el Síndrome de Ulises. Por último se darán pinceladas de los impactos psicológicos del proceso migratorio.

En la tercera parte, en primer lugar se expone brevemente en qué consiste la intervención psicosocial. Posteriormente se analiza cómo la hegemonía de las intervenciones están constituidas por una perspectiva clasista, racista y occidental; y la forma en que relegan a las mujeres inmigrantes a los márgenes de la sociedad. Ante todo ello, se cuestiona la figura de la psicóloga y se manifiesta la necesidad de establecer una relación terapéutica extendida y un enfoque transcultural.

Finalmente, la cuarta parte consta de entrevistas realizadas a cuatro informantes significativas que ejercen la psicología y han profundizado sobre la temática del presente trabajo. Con las entrevistas se identifican las problemáticas que presentan las usuarias, los obstáculos de la intervención, estrategias que se emplean en la misma, y los retos que surgen para ejercer una atención más transcultural y antipatriarcal. De estas se extraen reflexiones sobre las que se basan las conclusiones del presente trabajo.

MARCO TEÓRICO

1. Procesos Migratorios

El sistema internacional se divide a grandes rasgos entre los denominados “Norte y Sur global”. Un norte envejecido y enriquecido a costa de una historia de opresión colonialista y patriarcal en los países del Sur global. Las relaciones históricas de colonialismo se reinventan constantemente dando lugar a un neocolonialismo que siempre va en perjuicio de la población, mujeres, naturaleza etc (Hernández y Ramiro, 2019; Smith, 2019). Este neocolonialismo busca que los países del Norte sigan teniendo poder sobre el Sur mediante la ejecución pactos, prácticas administrativas y sobornos a los jefes de estado (como la puesta en práctica de los Programas de Ajuste Estructural o la continuidad en el control de las materias primas) (García, 2007; Kabunda, 2007).

En el presente apartado se expone cómo estas relaciones Norte-Sur atraviesan a la población africana y de qué manera influyen en la decisión de emigrar, y concretamente a Europa, como estrategia de supervivencia. Se destaca la construcción de la Europa fortaleza como herramienta para filtrar la llegada de personas a territorio europeo entre otros. A su vez, se muestra que todo ello va en especial perjuicio de las vidas, cuerpos y derechos de las mujeres. Asimismo, el proceso migratorio de las mujeres del África Subsahariana consta de una idiosincrasia compuesta por violencias y vivencias vividas únicamente por mujeres que les obliga a desarrollar estrategias de agencia y supervivencia para lograr llevar a cabo su proceso migratorio.

1.1 Causas de la emigración, el caso de las mujeres del África Subsahariana.

El desarrollo de relaciones transnacionales desequilibradas entre el Norte y el Sur y su afectación sobre la población africana genera un efecto “push” (CEAR, 2012; Kabunda, 2017; Sassen, 2003) en ella, la cual comprende que la única forma de supervivencia es la emigración. De los múltiples factores que impulsan la emigración, se podrían destacar el nivel de pobreza del país de origen, conflictos bélicos, un enriquecimiento sin desarrollo, un régimen autoritario o democracia frágil, o la explotación de tierras y recursos naturales por empresas extranjeras (García, 2007; Kabunda, 2007; 2017; Sassen, 2003; Smith, 2019). A estos factores, que influyen de manera específica en las causas de las mujeres, se le suman aquellos que atienden a la cuestión de género. De este modo también huyen de múltiples violencias como el matrimonio forzado y la mutilación genital femenina; de la violencia de género, violencia sexual y malos tratos por parte de parejas o de familiares; o de la persecución por su orientación sexual o identidad de género (Castilla-Vázquez, 2017; CEAR, 2020b; Gandarias y Carranza, 2018; Tyszler, 2018).

Además, el rol establecido sobre la mujer como encargada de la supervivencia o subsistencia, de la salud, o de la educación de su familia les impulsa a ser quienes lleven a cabo el proyecto migratorio (Domínguez y Contreras, 2017; Gandarias y Carranza, 2018; Sassen, 2003).

Es por tanto la entremezcla de factores económicos, políticos, socioculturales y de género los que impulsan a las mujeres subsaharianas a emigrar, ¿pero cuáles son los motivos que las llevan a Europa?

Aunque la emigración subsahariana suele ser en mayor medida del campo a la ciudad o a un país cercano o vecino con mejores condiciones de vida (CEAR, 2012; Smith, 2019); los circuitos transfronterizos son resultado de las prácticas neocoloniales, de las desigualdades sociales y económicas en la relación Norte-Sur, de la percepción de Europa como tierra de riqueza, del uso de las nuevas formas de comunicación, y del aumento de las relaciones bilaterales entre Estados europeos y África (Nin y Shmite, 2015; Smith, 2019).

A su vez estos circuitos transfronterizos están marcados por los intereses económicos y laborales de Europa, puesto que Europa necesita de su fuerza de trabajo (Urbán, 2020). De este modo la migración de mujeres del Sur al Norte responde a una demanda de mano de obra en las tareas reproductivas, las cuales han sido abandonadas por las mujeres autóctonas (Castilla-Vázquez, 2017; Gandarias y Carranza, 2018; Nin y Shmite, 2015; Sassen, 2003).

1.2 La Europa fortaleza.

En las últimas décadas ha habido un aumento en la emigración del continente africano hacia Europa, sin embargo la cantidad de inmigrantes de origen africano en Europa es menor que la de inmigrantes de otros continentes y menor que la propia migración intraeuropea (CEAR, 2012; Nin y Shmite, 2015; Ruiz-Giménez, 2016). Esta realidad contradice al discurso racista que defiende la imposibilidad europea de acoger y que justifica la imposición de pactos y políticas que no aseguran el asilo y vulneran sistemáticamente los derechos humanos, pero sí aseguran la impunidad de la Unión Europea (Caminando Fronteras, 2020; Hernández, 2020; Sayed-Ahmad, 2017).

A pesar de ello, a lo largo de los últimos años ha habido un alzamiento de ese discurso racista (tanto social como político) en el que se muestra la movilidad como una amenaza para la seguridad. Como consecuencia, se ha construido en Europa un espacio neofascista respaldado por una arquitectura jurídica e instituciones comunitarias que justifican y estructuran la necropolítica (Hernández y Ramiro; 2019b; 2020). Esto supone que se lleven a cabo prácticas en contra de las personas migrantes, la construcción de personas jurídicamente inferiores y por ende la vulneración de los Derechos Humanos (Hernández y Ramiro, 2019a; Nin y Shmite, 2015). Es, por tanto, en este contexto donde se crea y fortalece la denominada Europa Fortaleza (Urbán y Donarie, 2017).

Caminando Fronteras (2020) destaca que una de las estrategias con la que se lleva a cabo la construcción de la necropolítica es la securitización y externalización de fronteras. (Nin y Shmite, 2015; Ruiz-Giménez, 2016; Urbán y Donaire, 2017). Esto se traduce en la militarización de las fronteras y el despliegue de redadas militares y controles policiales basados en sesgos raciales; detenciones en centros; deportaciones a sus países de origen o terceros países; violencias machistas... (Caminando fronteras, 2020; CEAR 2020a, 2020b; Tyszler, 2018).

Cabe señalar, que objetivo principal de estas prácticas y de la construcción de la Europa Fortaleza no es evitar por completo la llegada de inmigrantes, sino que estos lleguen

despojados de derechos y quebrados moral, física y emocionalmente para que puedan ser más maleables a los intereses de esta (Ruiz, 2019; Urbán y Donaire, 2017), principalmente para interés de los nichos de mercado (Urbán, 2020).

1.3 El impacto de la Europa Fortaleza sobre los cuerpos de las mujeres migrantes.

Como señala Tyszler (2018), la externalización de fronteras provoca una diferenciación notable entre los movimientos migratorios según la raza y el sexo, existiendo así una represión y discriminación racista anti-negros en los países fronterizos con Europa.

Al mismo tiempo, el fortalecimiento de las políticas migratorias europeas tiene consecuencias directas sobre las vidas y cuerpos de las mujeres, profundizando más las desigualdades de género (CEAR, 2020b; Gandarias y Carranza, 2018). Así, a mayor control de movilidad mayor control sobre sus cuerpos, colocándolas en una situación de mayor vulnerabilidad y dependencia (Tyszler, 2018).

En el proceso migratorio, las políticas de disuasión consisten en hacer más peligrosas las rutas poniendo más efectivos de control (Caminando fronteras, 2020). Como consecuencia, esto se traduce en la necesidad de incorporarse en redes de tráfico y trata de personas con fines de explotación sexual o laboral para poder ejercer su derecho al movimiento y asegurarse la llegada a Europa (Gandarias y Carranza, 2018); o en la instrumentalización de su cuerpo como método de pago. Es decir, se traduce en una sistematización de la violencia sexual (Caminando fronteras, 2020; Tyszler, 2018).

Si bien a lo largo del trayecto migratorio muchas mujeres sufren violencias machistas; según indica CEAR (2020b), muchas de estas violencias realmente aparecen o se acentúan en las fronteras o zonas de control que ejercen como tapón. Esto se da porque para sobrevivir en las zonas de control, hacer dinero para pasar fronteras o encontrar la manera de cruzar el estrecho, desarrollan estrategias que aumentan la vulnerabilidad de sus cuerpos (como moneda de cambio) y la dependencia sobre los hombres, puesto que suelen ser estos quienes controlan el paso clandestino (Tyszler, 2018).

1.4 Características del proceso migratorio y estrategias de resistencia femenina.

En el caso de las personas provenientes de África, la migración no suele ser un único viaje, sino que consta de diferentes etapas donde se intercalan desplazamientos y asentamientos (López, 2017; Tyszler, 2018).

Tanto en los desplazamientos como los asentamientos, las mujeres susaharianas desarrollan diferentes estrategias para sobrevivir, ganar dinero y poder cruzar fronteras. Itziar Gandarias (2019) destaca el marido o novio de viaje con el cual obtienen protección a cambio de relaciones sexuales y labores domésticas; la utilización del velo como herramienta para mostrar su cuerpo no violable (frente a los cuerpos violables de las no musulmanas); y el uso de rituales religiosos para defenderse. A ello, Tyszler (2018) añade que tienen diferentes actividades económicas como pequeños negocios de alimentación, limpieza o el trabajo sexual

En esta línea, las estrategias para la obtención de beneficios económicos en países fronterizos como Marruecos, CEAR (2020b) destaca el trabajo doméstico, la mendicidad

y en menor medida el trabajo sexual. En lo que se refiere al trabajo doméstico, las mujeres sufren condiciones laborales abusivas, de precariedad extrema y (semi)esclavitud; apenas reciben salario, y se ven expuestas a múltiples violencias y vulneración de sus derechos (CEAR, 2020b; Domínguez y Contreras, 2017). Esta situación también se produce en el ámbito doméstico en el país de acogida (Domínguez y Contreras, 2017).

Los asentamientos son espacios y estancias en los que “parar” para poder reestablecer el trayecto o los próximos destinos en función de la peligrosidad o seguridad de las vías del viaje. La “pausa” que se realiza en ellos no es de sedentarización, si no que en ella las personas construyen redes sociales, desarrollan estrategias de supervivencia e intentan reunir dinero para continuar el viaje (CEAR, 2020b; Nin y Shmite, 2015). Cabe señalar que estos asentamientos no son espacios libres de violencia contra las mujeres. De hecho, CEAR (2020b) destaca lugares de donde las violencias suelen acentuarse, como los campamentos autoconstruidos o el confinamiento en los bosques; o las zonas de control fronterizo, las cuales están marcadas por un orden de género y controladas por hombres.

Tyszler (2018) señala que la llegada a los bosques o campamentos autoconstruidos son consecuencia del constante hostigamiento militar a las personas negras en zonas fronterizas, lo cual les obliga a esconderse allá hasta que crucen la frontera. En estos espacios la organización social y espacial está marcada por la división sexual de la vida y del trabajo, y su correspondiente opresión. A esto CEAR (2020b) añade que allí las mujeres son las encargadas de mendigar o conseguir comida en las ciudades, lo que expone sus cuerpos ante los ataques de la población fronteriza. Por tanto, la presencia de las mujeres es beneficiosa para proyecto migratorio masculino

En palabras de CEAR (2020b) y Tyszler (2018), el cruce de la frontera también está marcado por motivos de género. En primer lugar, los hombres quienes el paso y, como consecuencia, los intentos de las mujeres por cruzar la frontera. Por otro lado, la manera para pasar a España también atiende a cuestiones de género. Así, los intentos de pasar saltando la valla o escondidos en un vehículo corresponden más a estrategias masculinas, mientras que la mayoría de las mujeres cruzan por mar. Respecto a esta última estrategia, los cuerpos de las mujeres también son de utilidad e interés para los hombres, puesto que para que el viaje tenga más probabilidad de éxito la embarcación debe constar de una mujer embarazada. Por ende, para tener mayor acceso a una embarcación muchas intentan quedarse embarazadas (voluntaria o coercitivamente).

Según Caminando Fronteras (2020), a su llegada al país de acogida se encuentran con un proceso de “acogida” basado en la obtención de datos con objetivos policiales y que se convierte en el control de los cuerpos migrantes. Esto dificulta que puedan diferenciar entre los procedimientos de control o de asistencia. CEAR (2020b) añade que más a medio plazo se encuentran una sociedad que les rechaza tanto socialmente, con estigmas racistas y sexistas, como jurídicamente con sus leyes de extranjería. Esta situación les niega el ejercicio de la ciudadanía y les somete inseguridades, miedos, tensiones, acosos y otros múltiples modos de violencias.

Por tanto, tras lo anteriormente expuesto se puede concluir que las políticas europeas tienen relación directa con las violencias ejercidas sobre los cuerpos de las mujeres subsaharianas. Estas, lejos de aferrarse a una vulnerabilidad pasiva se adaptan y crean las transformaciones que implica la experiencia migratoria (Domínguez y Contreras, 2017;

Gandarias, 2019). Así, en líneas generales, las mujeres practican el sistema de intercambio económico sexual y producen/reproducen los roles e identidades de género para lograr una movilidad social y física. Esto acentúa el desarrollo de estereotipos sobre una feminidad vulnerable y del constructo de la mujer transnacional como un sujeto vulnerable.

Sin embargo su capacidad de agencia y resistencia permiten reconfigurar sus identidades más allá de lo que las representaciones sociales construyen sobre sus cuerpos. Es decir, ante situaciones de vulnerabilidad, las mujeres desarrollan estrategias y prácticas corporales de resistencia y supervivencia para el tránsito (Domínguez y Contreras, 2017; Tyszler, 2018). Por tanto, como señala Gandarias (2019), se ha de redefinir el concepto de vulnerabilidad como una fuerza movilizadora, convirtiéndose así en una dimensión activa con capacidad de agencia y de resistencia. Por ello, se deben entender y abordar las consecuencias de sus experiencias vividas comprendiendo la relación entre la vulnerabilización y la capacidad de agencia (individual y colectiva).

2. Migración y Salud Mental

La posibilidad de desarrollar un buen estado de salud están atados a factores personales, pero también a determinantes sociales, económicos, raciales, de género... dando así lugar a la inequidad en la salud (Sayed-Ahmad, 2010). De este modo, la migración traspasa fronteras de salud y es un determinante clave de esta, puesto que como se ha expuesto anteriormente presenta un continuum de riesgos y violencias. Este continuum se ve acentuado en las personas que portan vulnerabilidades, como es el caso de las mujeres subsaharianas por la posición social en las que las coloca su condición de mujeres y de personas racializadas. Esta realidad las expone a más riesgos y a un menor acceso a los recursos de salud, incluidos los de salud mental (CEAR, 2020b; OMS, 2009).

Tal y como señala Nabil Sayed-Ahmad (2006; 2013; 2017) la migración no es per se una causa de trastorno mental, pero debido a las experiencias de violencia, a las múltiples pérdidas, al desarraigo, aislamiento o precariedad social, la migración es psicológicamente un acontecimiento vital estresante y un posible factor de riesgo para la salud mental.

A continuación, se expone el proceso migratorio como un proceso de adaptación que consta de fases, características y factores específicos. En función de las características del proceso migratorio y de adaptación, pueden darse diferentes alteraciones en la salud mental de la persona migrante. Por ello, posteriormente se describen las principales alteraciones que suelen darse, las cuales son: aculturación y estrés aculturativo; el Duelo Migratorio; y el Síndrome de Ulises o Síndrome del inmigrante con estrés crónico. Finalmente, se presenta los diferentes impactos psicológicos que tiene el proceso migratorio sobre la persona, y más concretamente sobre la mujer subsahariana.

2.1 La adaptación en el proceso migratorio.

En palabras de Sayed-Ahmad (2008), el proceso migratorio implica dejar un modelo de vida y reestructurar la propia identidad para adaptarse a otro nuevo. De este modo, la adaptación migratoria es un proceso dinámico que implica un constante ajuste en la

relación entre la persona y su entorno cambiante. Ello provoca situaciones que generan estrés y sentimientos ambivalentes tanto en el individuo como en la sociedad emisora y receptora (Sayed-Ahmad, 2013).

Sayed-Ahmad (2006; 2008) plantea que el proceso de **adaptación en el proyecto migratorio puede dividirse en 4 etapas**. Estas no son lineales ni están delimitadas, y las dos primeras podrían considerarse como preparación para lo que es la adaptación en sí.

La primera etapa consiste en **la elaboración del proyecto migratorio**. Sayed-Ahmad (2013) señala que es aquí donde se toma la decisión de emigrar y comienza el proceso de adaptación. Asimismo, el autor (2008) sostiene que esta fase se caracteriza por la presencia de sentimientos ambivalentes, como ilusión y esperanza, y angustia, desamparo o culpa por el abandono.

A esta etapa le sigue la de **llegada o asentamiento**. Como expresan Sayed-Ahmad, Rio y Fernández (2007), en este momento la persona ve alterado su ecosistema y su psiquis y experimenta crisis de identidad, alteraciones de conducta... Para un correcto desarrollo de esta fase es clave el papel acomodador de la sociedad receptora y de los grupos de inmigrantes de su propio país (Martínez y Martínez, 2018; Sayed-Ahmad, 2008).

En tercer lugar se encuentra la **fase de adaptación** propiamente dicha. Se inicia únicamente tras superar los problemas económicos, sociales y las situaciones críticas. Sólo se puede dar adecuadamente si hay implicación por parte de la sociedad receptora y de los propios migrantes.

Finalmente se da la **encrucijada**, fase en la que la mayoría de los migrantes viven un estado de ambivalencia y ambigüedad constante en la que no saben cómo comportarse, puesto que viven constantemente en lucha entre dos culturas, idiomas, identidades etc. (Sayed-Ahmad, 2006).

Tras esta descripción del proceso de adaptación, Sayed-Ahmad (2010;2013) expone que **la adaptación migratoria consta de dos características diferenciadas**, la bilateralidad y la heterogeneidad. **La bilateralidad** implica la interacción entre inmigrantes y sociedad de acogida. **La heterogeneidad** hace referencia a las distintas características que atraviesan a la persona y la influencia de estas para el logro de un nivel de adaptación u otro.

En el proceso de adaptación se diferencian los factores culturales; personales; y los sociales, legales y laborales. Respecto a los **factores culturales**, Sayed-Ahmad (2008; 2017) añade que el proceso de adaptación varía en función de la distancia entre las culturas (idioma, costumbres, religión...). Por tanto, si el espacio intercultural compartido es menor, el esfuerzo que deben hacer ambas culturas será mayor.

De acuerdo a Basabe, Zlobina y Páez (2004) esta realidad sitúa a las mujeres subsaharianas en desventaja con respecto a otras compañeras migrantes. Este podría ser el caso de las migrantes de origen latinoamericano que comparten idioma y tienen más cercanía cultural o de las europeas del Este que, a pesar de no compartir idioma, la tez de su piel hace que la población de acogida las sienta más cercanas.

Dentro de los **factores personales** se puede hablar de la edad, del nivel educativo, de las carencias emocionales o trastornos psicológicos previos a la migración y del género.

Atendiendo a la cuestión del género, tal y como señala Analía Sánchez en su tesis (2015), la realidad de las mujeres del África Subsahariana está marcada por tener “un estatus inferior al hombre y bajas tasas de alfabetización. Cuidan muchos hijos y sus jornadas laborales son largas, los lazos familiares son fuertes hasta el segundo o tercer grado, contraen matrimonios precozmente y sus embarazos son múltiples.” (pg. 112).

Tanto los factores culturales como los personales van estrechamente ligados a los **factores sociales, legales y laborales**. Estos últimos se refieren a las dificultades laborales, el apoyo social, las actitudes de rechazo de la sociedad receptora y la regularidad o irregularidad de los inmigrantes (Sánchez 2015).

Según Nabil Sayed-Ahmad (2008) cuanto mayor sea el apoyo social y el logro de los objetivos mejor será la adaptación y la elaboración del duelo migratorio. Por tanto, el conjunto de todas las variables comentadas anteriormente influye en el proceso de adaptación y la posible aparición de alteraciones o malestares psicológicos asociados al estrés, duelo, adaptación de la identidad...

Conocer la complejidad del proceso migratorio y del proceso adaptativo permiten comprender los síndromes o alteraciones psicológicas no como enfermedades si no como reacciones adaptativas de las vivencias, más o menos extremas, vividas. Estas reacciones se convierten en problemáticas cuando interfieren en el desarrollo sano del individuo (COP Madrid, 2016; Sayed-Ahmad, 2006).

2.2 Alteraciones en la salud mental propias de los procesos migratorios.

A continuación, se abordarán tres alteraciones que se comprenden como propias y características de los procesos migratorios: aculturación y estrés aculturativo; el Duelo Migratorio; y el Síndrome de Ulises o Síndrome del inmigrante con estrés crónico.

2.2.1 Aculturación y estrés aculturativo.

En palabras de Melero y Díe (2010) el proceso de adaptación y reajuste cultural implica la integración de ambas culturas en la identidad de la persona. A este proceso de integración e intercambio cultural y psicológico Sayed-Ahmad (2010; 2013) lo denomina **aculturación**¹. Las **estrategias de aculturación** son las diferentes formas de gestionar este proceso (Martín, 2017). En el caso del grupo minoritario, según De la Mata et al. (2010), Martín (2017) y Sayed-Ahmad (2013), las estrategias son: La asimilación, la separación, la marginación y la integración; y según la estrategia de adaptación que se adquiera pueden variar los síntomas de estrés ansiedad o el desarrollo de problemas de salud mental.

Para De la Mata et al. (2010) y Sayed-Ahmad (2008), las estrategias del grupo mayoritario son: la exclusión, la segregación, la multiculturalidad y la interculturalidad. Ambos afirman que estas estrategias dependen de la distancia cultural ya que el grupo mayoritario clasifica algunas culturas como “asimilables” o “no asimilables”, por lo que adopta unas

¹ Autores como De la Mata, García, Santamaría y Garrido (2010) y Martín (2017) describen la aculturación como una estrategia para adaptarse a nivel psicológico y cultural a una nueva realidad sociocultural. Asimismo, sostiene que es progresiva y bidireccional, en la que intervienen ambas culturas.

estrategias u otras en función de la procedencia y cultura de la persona (De la Mata et al., 2010).

Esta cuestión explica por qué la distancia cultural entre la población de origen africano y la sociedad española dificulta su proceso de adaptación (Basabe et al, 2004) ya que, sus culturas se categorizan como “no asimilables” y se ejercen sobre ellas estrategias más basadas en el rechazo. Esto coloca una vez más a esta población en una situación de mayor vulnerabilidad y exposición a condiciones complejas que pueden desestabilizar la salud mental.

El proceso de aculturación es un proceso en el que las mujeres se vuelven a narrar a sí mismas influenciadas por las normas culturales de la sociedad de llegada. En este proceso juega un papel importante el imaginario que se tenga sobre las mujeres negras e inmigrantes, puesto que si este no corresponde con el de ellas mismas (rol social, estereotipos de género y raza, modelos de crianza...), puede ser un factor que afecte al sano desarrollo de la identidad y autoconcepto (Domínguez y Contreras, 2017; López, 2008).

En función de la estrategia que ambos grupos adopten, estos autores señalan que puede haber una adaptación disfuncional a la sociedad de acogida, la cual, junto con la aparición de procesos de estrés, puede derivar en **estrés aculturativo**.

Pau Pérez (2004) define el estrés aculturativo como un tipo de estrés fruto del esfuerzo de adaptación que puede dar lugar a diferentes problemáticas. De estas problemáticas se destacan la sobrecarga cognitiva ante el constante esfuerzo de comprender, reaprender y automatizar costumbres y comportamientos. Sánchez (2015) matiza que todo ello puede producir sensibilidad, frustración, indefensión, impotencia, irritabilidad, desgaste físico y emocional. Según Sánchez y López (2008) esto puede derivar en una disminución de la salud mental junto con la aparición de trastornos de la ansiedad, depresivos, de confusión de la identidad...

2.2.2 El Duelo Migratorio.

Sayed-Ahmad (2006;2010) categoriza el **duelo migratorio** no desde una mirada psicopatologizante, sino como un proceso de reorganización interna y de adaptación para integrar emociones como la frustración o el dolor ante la pérdida de una persona, objeto o lugar querido.

Achotegui (2000) indica que el duelo migratorio es un duelo específico del caso de la migración; que va ligado especialmente a la pérdida significativa de los vínculos con el país de origen, los cuales han estructurado la personalidad e identidad del individuo. Estas pérdidas constan de características específicas que lo diferencian de otros duelos puesto que son múltiples, es decir, no se sufre la pérdida de un solo objeto sino que se experimenta la separación de la familia, lengua, cultura, tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia... Además, la pérdida de estos numerosos aspectos no es definitiva sino parcial, puesto que el objeto sigue existiendo, se puede contactar e incluso reencontrarse con él. Achotegui (2012) añade posteriormente que esto provoca que el duelo sea recurrente ya que se reabre constantemente y sea más complicada o tardía la elaboración del duelo.

La intensidad del duelo migratorio varía según las condiciones en las que se desarrolla. Por un lado, podría darse un duelo simple, en el cual las condiciones de la migración son buenas y la sociedad de llegada acoge y facilita el desarrollo del proyecto migratorio (González, 2005). Por otro lado, el duelo complicado se da cuando las circunstancias son difíciles pero se pueden superar poco a poco e ir elaborando el proyecto migratorio (Achotegui, 2016b). Suelen aparecer pensamientos intrusivos y sentimientos de soledad. Finalmente está el duelo extremo, en el que las condiciones son de dificultad extrema y la elaboración de las pérdidas y adaptación pueden resultar muy difíciles o casi imposibles (Achotegui, 2009; 2016b; González, 2005; Sayed-Ahmad, 2010). Achotegui (2016b) señala que este último tipo de duelo es el que principalmente puede desestabilizar la salud mental de la persona migrante y dar lugar a lo categoriza como Síndrome de Ulises (se abordará más adelante). A esto, Sayed-Ahmad (2013) añade que los grados y tipos de duelo están marcados por estresores, los cuales pueden ser breves y de baja intensidad; de larga duración y alta intensidad; y múltiples y crónicos.

Atendiendo a la cuestión de género, Sayed-Ahmad (2008) resalta que las mujeres pueden sufrir un duelo migratorio más complicado que sus compañeros varones porque están expuestas a mayores situaciones de estrés por motivos de género, como es la desigualdad laboral, la mayor exposición a violencia física y psicológica (abusos sexuales y laborales) o la carga familiar.

Desde una mirada menos categórica y más fluida, Sayed-Ahmad (2006) y Sayed-Ahmad et al. (2007) señalan también que el grado del duelo migratorio influye directamente en el proceso de elaboración del mismo. Un duelo bien elaborado implica mantener y reestructurar los vínculos con los objetos perdidos y elaborar nuevos vínculos en la sociedad de llegada. Supone una reestructuración de la personalidad, una mejora de la autoestima y una mayor estabilidad emocional. Sin embargo, en un duelo mal elaborado no se logra resolver los conflictos internos y externos a los que se ve expuesto en la nueva situación. Como señala Sayed-Ahmad et al. (2007), esto puede dar lugar a la aparición de trastornos adaptativos ansiosos, depresivos e incluso psicóticos. Por tanto, la manera de elaborar el duelo migratorio es un componente fundamental para la adaptación y para el posible desarrollo de problemas psicológicos; y está sujeto a características individuales, sociales, laborales y culturales (Sayed-Ahmad, 2006; 2013; Sayed-Ahmad et al., 2007).

En la elaboración del duelo también se observan diferencias de género ya que los roles de género determinan que las mujeres puedan expresar en mayor medida emociones negativas como la tristeza (Elgorriaga 2011). Esto juega un papel protector en la elaboración del duelo (Achotegui, 2000). No obstante, tal y como señala Sayed-Ahmad (2006), la mujer es responsable de la transmisión cultural y quien mayormente se encarga de enviar remesas, mantener el contacto con las personas de origen etc. lo que puede dificultar su elaboración.

La manifestación del duelo difiere según la persona, su cultura y su género. Sin embargo, se dan una serie de expresiones sintomáticas como reacciones adaptativas comunes en todo duelo migratorio. Así, podría destacarse la tristeza; el llanto; la culpa; la ansiedad e irritabilidad; el miedo, la confusión y la preocupación; la fatiga; la pérdida o aumento del apetito; la soledad, alteraciones del sueño: desajustes fisiológicos... (González, 2005).

2.2.3 Síndrome de Ulises o Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico.

En palabras de Sayed-Ahmad (2010), no se debe disociar el concepto de estrés del de duelo, puesto que ambos están interrelacionados, ya que como se ha visto anteriormente el duelo está compuesto por estresores y varía en función de la intensidad de estos. Además, ambos surgen de la necesidad de la persona de adaptarse al nuevo contexto y reestructurar su vida externa e interna afectando así en su salud mental.

Asimismo, ante las situaciones de estrés límite y la difícil elaboración de las pérdidas, surge lo que Achotegui (2009; 2016a) denomina el **Síndrome de Ulises o Síndrome del inmigrante con Estés Crónico**. El Síndrome de Ulises está compuesto principalmente por un estrés crónico que afecta en la adaptación y resolución de conflictos, a la autoestima, y a la salud mental y física. Achotegui (2012) no enmarca este síndrome en la patología, sino en la salud mental. Esta afirmación se ve enriquecida por la perspectiva de Sayed-Ahmad (2010) puesto que lo comprende como un cuadro de estrés muy intenso que se da como respuesta adaptativa a situaciones extremas. No obstante, su cronicidad y su no resolución adecuada sí puede derivar en complicaciones para la salud mental o trastornos mentales que requieran de atención terapéutica (Achotegui, 2009; Sayed-Ahmad et al., 2007).

Para Achotegui (2009), los principales **estresores que delimitan el Síndrome de Ulises** son: 1) la soledad o separación forzada de sus seres queridos, 2) el duelo por el fracaso del proyecto migratorio, 3) la lucha por la supervivencia y el acceso a recursos básicos y 4) el miedo, principalmente por la integridad física. Acerca de este último estresor, Sánchez (2015) y Sayed-Ahmad (2008) puntualizan que tiene mayoritariamente efectos a nivel psicológico.

Estos estresores se ven potenciados por **factores** comentados anteriormente como la multiplicidad, cronicidad, intensidad, indefensión y la ausencia de red social. A estos se les debe añadir los señalados por Achotegui (2009; 2012; 2016a): la falta de salud y el sistema sanitario. La salud es su herramienta de capital, sin ella no pueden trabajar y se colocan en una situación de mayor precariedad y estrés, lo que a su vez empeora su salud. Por otro lado, el propio sistema sanitario puede ser fuente de estrés ya que sus profesionales pueden banalizar la sintomatología, diagnosticar erróneamente e intervenir con tratamientos inadecuados.

En esta línea, Sayed-Ahmad (2008; 2010; 2013) y Sayed-Ahmad et al. (2007) señalan que las **mujeres** pueden sufrir mayores situaciones de estrés por tener un menor acceso a un bienestar social, económico y laboral. Asimismo, estos autores ejemplifican cómo la atribución de la mujer a la crianza provoca un mayor aislamiento, les dificulta la búsqueda activa de empleo y como consecuencia les genera una mayor dependencia económica. Al mismo tiempo, señalan que la precariedad de los trabajos feminizados y la falta de protección social y legislativa expone a las trabajadoras a sufrir acoso y explotación laboral y sexual. Esta situación les quita la autonomía y les otorga una mayor dependencia del hombre, y un mayor riesgo de indefensión y de sufrir violencia de género

Finalmente señalar que una exposición muy prolongada a estresores tan elevados tiene **consecuencias** en la personalidad del individuo, el funcionamiento cerebral, sistema hormonal y muscular... que se visibilizan en forma de síntomas. Por tanto, el Síndrome de Ulises también está definido por una amplia **sintomatología**, esta es (Achotegui, 2009;2012):

Sintomatología del área depresiva: se refleja fundamentalmente en forma de tristeza (por el sentimiento de fracaso, de indefensión aprendida o por el rendimiento en la elaboración de los duelos) y en forma de llanto, el cual está sujeto a diferencias de género como se ha comentado anteriormente. A estas expresiones les siguen el sentimiento de culpa y en menor proporción la idea de muerte.

Sintomatología de la ansiedad: es una de las que más importancia tiene. Según Sayed-Ahmad (2017) en el proceso migratorio existen tres tipos diferenciados de ansiedad: la ansiedad depresiva, ligada a las pérdidas y a la elaboración del duelo; la ansiedad paranoide fruto de la hostilidad del lugar de llegada, de las exigencias para la adaptación y del miedo a la integridad física y al fracaso del proyecto; y por último la ansiedad confusional, que surge ante los constantes sentimientos de ambivalencias.

A su vez, Achotegui (2009) manifiesta que los principales síntomas de la ansiedad son la tensión y nerviosismo como respuesta del esfuerzo de afrontar las adversidades de la migración; preocupaciones intrusivas y recurrentes que favorecen la aparición de insomnio; y la irritabilidad.

Dentro de la **sintomatología de la somatización** destacan la cefalea o in-migraña como lo denomina Achotegui (2016a), y la fatiga emocional. Sayed-Ahmad (2017) especifica que esta última está ligada a la disminución de la esperanza y motivación, y se manifiesta en forma de cansancio, malestar general, embotamiento, bloqueo afectivo-emocional...

Por último, la **sintomatología del área confusional** es fruto del tener que ser invisibles para no ser detenidos o repatriados. Se refleja con fallos de la memoria y de la atención, desorientación a nivel temporal, sentirse perdido e incluso llegar a estarlo físicamente...

Cabe indicar que la manifestación e interpretación de todos estos síntomas descritos están sujetos a una cuestión de género y cultural. De esta manera, tanto la persona migrante como el profesional de la psicología interpretan lo que sucede en el proyecto migratorio desde los marcos culturales tradicionales de sus sociedades (Achotegui, 2009; 2016a).

2.3 Impactos psicológicos del proceso migratorio.

Tras el análisis realizado se puede concluir que todo proceso migratorio conlleva múltiples rupturas con un impacto vital en la persona que afecta a todos sus sistemas. De estas rupturas y su impacto caben destacar la adaptación, el estrés aculturativo, el duelo migratorio y el estrés migratorio. El conjunto de todos ellos implica un proceso de elaboración y reestructuración de su identidad y su interrelación con el entorno. Este proceso está atado a múltiples factores como el tipo de proceso migratorio y de duelo, la sociedad de acogida, la seguridad, la situación legal, el estado laboral, la raza, el género...

Según Gabriela López (2017) todo ello tiene diferentes consecuencias sobre los diferentes ejes de la persona:

- Desde el área psicofisiológica, la persona suele tener pesadillas, flashbacks, insomnio fruto de un estado de hiperalerta, alteraciones alimenticias, somatizaciones, disociaciones... Suelen ser estrategias de supervivencia ante la percepción de peligro, por lo que estos síntomas suelen reducirse en estados de seguridad y estabilidad. La precariedad económica y social suelen dificultar la disminución.

- Desde el área emocional se observa rabia, tristeza, miedo, culpa... Como se ha comentado anteriormente la expresión de las emociones está sujeta a cuestiones culturales y de género. Dentro de este área se encontraría la fatiga emocional (Sayed-Ahmad, 2017).
- A nivel cognitivo, muchas veces tienen dificultades en la memoria, en los procesos básicos, ruptura con los supuestos o creencias básicas hasta el momento, ruptura del proyecto vital propio, de la confianza en los demás, rumiaciones frecuentes... (COP 2016; López, 2017).
- A nivel conductual, suele haber una tendencia al aislamiento social, evitar situaciones, lugares o personas que les recuerde el evento traumático, conductas desadaptativas como el consumo de drogas, fármacos o alcohol... (COP, 2016)

Según Sayed-Ahmad (2017) existen otras alteraciones posibles como “reacciones de estrés agudo; crisis de identidad; alteraciones depresivas, ansiosas, psicósomáticas y por estrés postraumático; alteraciones del comportamiento y conductas adictivas” (pg. 60). Además, indica que la no resolución de estos impactos puede dar lugar a la aparición de trastornos, de los cuales los más frecuentes son trastornos adaptativos, afectivos y, en menor medida, de conducta y personalidad.

Por tanto, recopilando este segundo apartado, la salud mental está ligada a unos factores sociales que ponen en desigualdad a las personas migrantes y dan lugar a la inequidad en salud. Así, de acuerdo a lo que se ha expuesto y a lo que Delara (2016) y Ríos y Hernández (2014) exponen en sus trabajos, los principales determinantes sociales que influyen en el desarrollo de procesos migratorios satisfactorios son: el país de origen y elementos culturales como por ejemplo la barrera idiomática; elementos sociales como el apoyo social, conexiones o redes sociales en el país de llegada, el proceso de integración...; el sistema de salud pública y la dificultad de acceder al mismo, encontrarse con profesionales con sesgos racistas...; y las desigualdades económicas por la dificultad de acceder a un empleo con plenos derechos.

Como señala Delara (2016), estos factores repercuten en la salud mental de las personas inmigrantes, concretamente en el de las mujeres subsaharianas puesto que además están atravesadas por variables como la raza y el género. Estas variables les atraviesan en todos los determinantes sociales anteriormente descritos y les hace ser sujetas de discriminación de género (mayor acceso a trabajos informales y con menor estatus, menor acceso a servicios de salud, mayores niveles de depresión y ansiedad etc.) y racismo (prejuicios, discriminación y racismo institucional tanto en la sociedad como en los dispositivos de atención sanitaria; e incluso racismo internalizado).

Todo esto dificulta su proceso migratorio y de adaptación, lo que hace que pueda impactar en mayor medida y mellar su salud mental. Por tanto, de acuerdo con Delara (2016), en el presente trabajo se hace un llamamiento a la necesidad de situar la salud mental como una cuestión social cuyos determinantes han de ser reconocidos para así conocer los impactos y consecuencias psicológicas del proceso migratorio en las mujeres subsaharianas. Este conocimiento permitirá adecuar mejor las intervenciones psicosociales y la consecución de un mejor estado de la salud mental en esta población.

3. Intervención Psicosocial

Como se ha expuesto en el trabajo, toda persona inmigrante se enfrenta a múltiples situaciones de estrés y duelo. Como indica Sayed-Ahmad (2010), estas situaciones están sujetas a un proceso de adaptación, que depende en gran parte de la acogida por parte del país y sociedad de llegada. Por ello, como expresan Galaz y Montenegro (2015), uno de los principales objetivos de la intervención es la inclusión. En base a ello se construyen las instituciones, las intervenciones y la propia figura de la psicóloga/o para propiciar la correcta adaptación de la persona inmigrante.

A continuación, se exponen los diferentes objetivos y modelos de intervención psicosocial y su aplicación más específica sobre la población inmigrante. Además, se analiza cómo la hegemonía de las intervenciones están constituidas por discursos que constan de una perspectiva clasista, racista y occidental;; y la forma en que relegan a las mujeres inmigrantes a los márgenes de la sociedad. Posteriormente se analiza cómo la conjunción de las cuestiones anteriores configuran la categoría de mujer inmigrante como mujer “en falta”. Ante todo ello, se presentan modelos teóricos como la relación terapéutica extendida y el enfoque transcultural, los cuales cuestionan la figura hegemónica de la psicóloga.

3.1 La intervención psicosocial .

La perspectiva psicosocial comprende que la persona es atravesada por factores psicológicos y sociales cuya interacción y correlación es esencial para la comprensión y explicación de los problemas (OIM, 2018; Sánchez y Martínez, 2018). Esta cuestión se toma como base para la intervención psicosocial, la cual tiene como objetivo abordar el bienestar psicológico y transformar los problemas sociales (Melero y Díe, 2010).

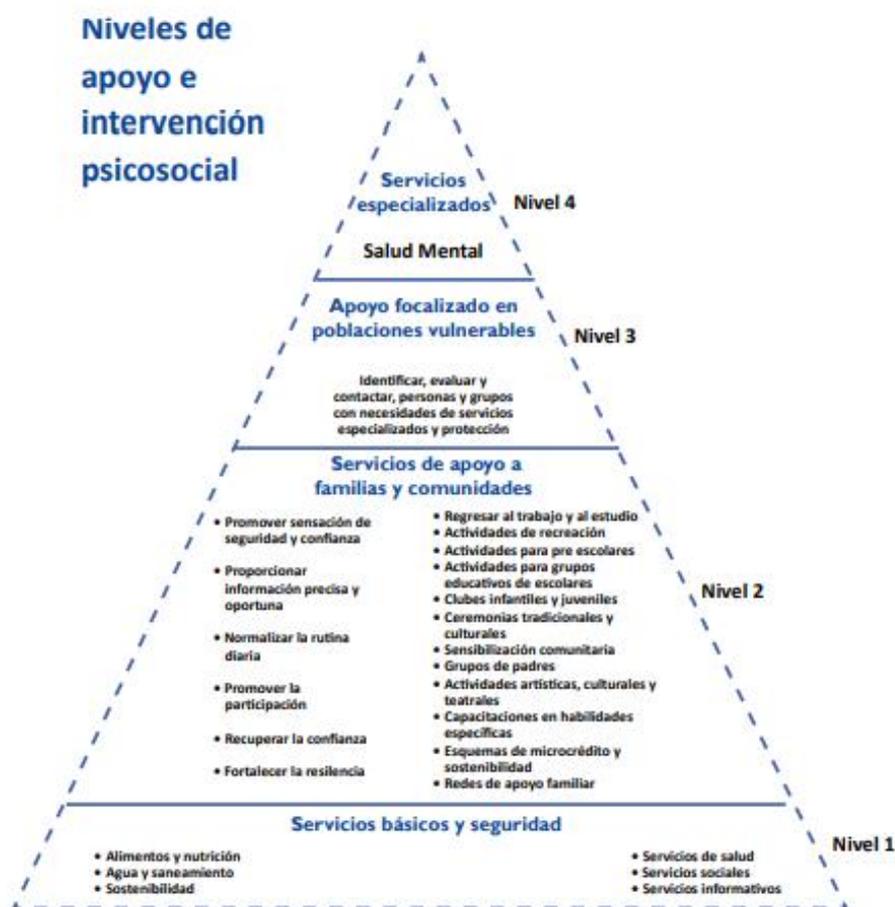
La intervención psicosocial consiste en la aplicación de técnicas y metodologías para la solución de los problemas sociales. Estas metodologías deben ser desde el respeto de la dignidad, cultura y capacidad de la persona (Martínez y Martínez, 2018). Galaz y Montenegro (2015) puntualizan que en el caso de la inmigración están especialmente orientadas al logro de la inclusión (prevención de la discriminación, convivencia ciudadana, mejora del bienestar...).

De las diferentes técnicas y metodologías de la intervención psicosocial, Marisela Montenegro (2001) resalta la posibilidad de llevar a cabo intervenciones dirigidas e intervenciones participativas. Ambos modelos de intervención varían en la participación activa de los usuarios en las fases de la intervención, en la conceptualización y solución de los problemas, en la relación terapéutica, en el sentido de pertenencia con la intervención... El grado de dirección o participación que se establece en la intervención, hace que el control y poder de los profesionales sobre los usuarios sea mayor o menor (Toribio, 2010).

Como expresan Melero y Díe (2010) y Sánchez y Martínez (2018), para la correcta aplicación de la intervención social y sus distintas metodologías, es necesario que esta se lleve a cabo con un equipo multidisciplinar que enfoque el problema y las estrategias desde una perspectiva integral.

El tipo de atención psicosocial que el equipo multidisciplinar hace sobre las diferentes problemáticas, puede dividirse según la OIM (2018) en 4 niveles jerarquizados en forma de pirámide. En la base de la pirámide se encuentran los servicios básicos y seguridad (servicios sociales, de salud, agua y saneamiento...). A este nivel le sigue el de Servicios de apoyo a familias y comunidades (regresar al trabajo y estudio, capacitaciones, promover la participación, confianza, fortalecer la resiliencia...). El tercer nivel es el apoyo focalizado en poblaciones vulnerables, donde entran en juego servicios especializados y de protección. Finalmente se encuentran los servicios especializados en salud mental.

Figura 1. Pirámide de niveles de apoyo e intervención psicosocial.



Fuente: OIM, 2018. *Guía para la atención psicosocial a personas migrantes en Mesoamérica*, p. 43.

En esta línea, Sánchez (2015) indica que se pueden establecer dos niveles de intervención con la población inmigrante. Un primer nivel más asistencial en el que la atención psicológica está enfocada en el manejo del duelo, el estrés psicosocial y adaptativo y el proceso de aculturación. Este nivel se desarrolla dentro de programas de prevención. En este nivel, las estrategias empleadas suelen estar enfocadas en la prevención del desarrollo de trastornos mentales; la promoción; la contención y gestión emocional; la orientación; pautas educativas; prestación de recursos; reconstrucción y/o desarrollo comunitario... (Achotegui, 2016b; Martínez y Martínez, 2018; Sayed-Ahmad, 2013, 2017; Toribio, 2010).

El segundo nivel que indica la autora se da con la aparición de los trastornos mentales. Además, señala que en este nivel se suelen tener que adaptar culturalmente los programas de tratamiento y comprobar si son útiles para distintas minorías étnicas. Ambos niveles no son excluyentes y aunque las actividades son diferentes en ambos niveles, pueden ser complementarias (Achotegui, 2016b).

A su vez, también Sánchez (2015) identifica tres principales enfoques a la hora de ofrecer recursos sanitarios a la población inmigrante. La primera consiste en facilitar el acceso a los dispositivos sociales y sanitarios. La segunda trata de identificar los problemas y necesidades específicos para dar una respuesta personal a ellos. Y finalmente, la tercera, mantiene que hay que identificar los problemas específicos para ajustar los servicios generales con medidas adicionales.

De acuerdo con Sánchez y Martínez (2018) aunque la intervención psicosocial tiene en el centro a la persona, también tiene un tinte socio-político, es decir, también busca la transformación sociocultural y persigue una justicia social. Por ello, se ejerce más allá del individuo, en los diferentes ámbitos de la persona como la familia, la comunidad o el ámbito laboral. Es decir, se interviene (Melero y Díe, 2010). Un ejemplo de intervención con personas inmigrantes centrado en el individuo puede ser el abordaje del empoderamiento psicológico, con el cual se espera que vuelvan a tomar el control de sus vidas: se marquen metas vitales y fijen estrategias para alcanzarlos, busquen soluciones a sus problemas e incrementen la conciencia crítica (Martínez y Martínez, 2018; Sánchez y Martínez, 2018).

Este objeto de intervención puede ir de la mano de otros más sociales como el acceso al mundo laboral para lograr la inclusión y poder acceder a los recursos, satisfacer las necesidades y alcanzar el bienestar.

Así, por lo político que tiene la intervención con personas inmigrantes, Martínez y Martínez (2018) recogen que las psicólogas de la intervención social deben participar en programas “dirigidos a la población migrada y hacer aportaciones a políticas públicas dirigidas a este colectivo.” (p. 103).

3.2 La gubernamentalidad de la intervención psicosocial.

Como se ha indicado anteriormente, se entiende la intervención psicosocial como el medio para la solución de problemas sociales mediante un conjunto de herramientas teóricas y metodológicas (Galaz y Montenegro, 2015; Martínez, 2014). Según Galaz y Montenegro (2015), y Martínez y Martínez (2018), en el caso de la inmigración, el problema principal sobre el que se interviene es la integración de las personas inmigrantes a la sociedad receptora. Las metodologías utilizadas para esta problemática llevan a las mujeres inmigrantes a asumir una asimilación en su proceso de aculturación. Es decir, a abandonar sus discursos, valores, conductas y adoptar los recomendados, establecidos o impuestos por las instituciones y los componentes de la sociedad de acogida (Galaz y Montenegro, 2015; Montenegro, 2001). Por ello según Galaz y Montenegro (2015) y Galaz y Guarderas (2016) la intervención psicosocial es una forma de gubernamentalidad.

Estas autoras definen la gubernamentalidad como un conjunto de instituciones, procedimientos y técnicas que, a través del “saber”, permiten ejercer poder sobre la población de manera sutil sin necesidad de recurrir a la coacción. Por tanto, desde la

lógica de la gubernamentalidad, la intervención social genera saberes, técnicas y personas expertas que producen conocimiento sobre temáticas ajenas a sí mismos. Todo ello para, desde una posición institucional legitimada socialmente, construir qué es un "problema social" digno de ser intervenido y quiénes son los protagonistas sobre cuyas vidas es legítimo inmiscuirse y modificarlas. La concepción de la problemática marca las estrategias de intervención y las posibilidades de atención. En definitiva, la intervención social construye, define y organiza a la población para poder ejercer sobre ella sin recurrir a la fuerza (Galaz et al., 2017; Galaz y Montenegro, 2015).

El ejercicio de este poder y la intervención también son una herramienta de gobierno que responde a necesidades más macroestructurales y que contribuyen a la reproducción del *estatus quo* (Martínez, 2014; Sánchez y Martínez, 2018). Por tanto, Montenegro (2001) ratifica que la intervención no está planteada para transformar el sistema sino para modificar los elementos que no se adaptan correctamente a este e intentar que vuelvan a ser funcionales.

Un ejemplo de gubernamentalidad se refleja en la conceptualización de la inmigración transnacional como un problema social y su correspondiente intervención. En el caso de la inmigración el principal problema social establecido es la marginación de la comunidad inmigrante. En base a este problema, la intervención tiene como principal objetivo evitar la "guetización cultural". Sin embargo, desde un modelo de gestión liberal en la intervención no se busca la integración para asegurar la igualdad formal entre personas autóctonas e inmigrantes sino que trata de frenar una exclusión socioeconómica a intereses de la sociedad de acogida (Galaz, 2009; Toribio, 2010).

Como plantean Galaz y Montenegro (2015), para el mantenimiento del *estatus quo* se elaboran leyes, planes y programas que crean áreas y dispositivos de intervención social desde los que se ejerce la gubernamentalidad. Con la construcción de los problemas sociales, estos dispositivos ejercen el control, la disciplina y la normalización (Galaz y Guarderas, 2016). Por tanto, Domínguez y Contreras (2017) y Galaz y Guarderas (2016) refieren que los dispositivos son mecanismos institucionales que permiten que las personas excluidas puedan acceder a las oportunidades y beneficios económicos y sociales siempre y cuando se ajusten a sus requisitos y exigencias.

En base a ello, Galaz y Montenegro (2015) manifiestan que para que una mujer inmigrante tenga una "correcta" integración, estos dispositivos exigen que las mujeres se adapten a los sistemas lingüísticos, culturales y laborales de la sociedad receptora. Es decir, instan a que aprendan el idioma local si quieren integrarse, se adapten al funcionamiento y lógicas de la mayoría (asimilación) si desean incorporarse al mercado laboral o social, y se integren a este según su demanda. Esto se traduce en el desarrollo de programas y proyectos en donde se les enseña a las mujeres el idioma; se les enseña a comportarse, vestirse o dejar de manifestar hechos culturales para una inserción en el medio; y se les enseñan estrategias para acceder a un mercado laboral que no corresponde con el de su formación profesional. Cabe señalar que desde este planteamiento el logro de la integración recae siempre sobre su responsabilidad.

La lógica de la gubernamentalidad hace que la intervención esté marcada por relaciones de poder entre el interventor y el intervenido y/o la jerarquía entre el conocimiento científico y la sabiduría popular (Galaz et al., 2017; Galaz y Montenegro, 2015; Martínez

2014). Además de estas, Galaz et al. (2017) enfatizan que las relaciones de poder también funcionan según la edad, etnia, clase o género. Así, según qué ejes atraviesen a las mujeres inmigrantes y cómo sean concebidas por los dispositivos, las posibilidades de ser atendidas o las estrategias de intervención que se empleen variarán (Martínez, 2014). Por ello para el presente trabajo resulta de interés analizar la construcción de la categoría de mujer inmigrante.

3.3 Construcción de la categoría “mujer inmigrante”.

La construcción de la categoría mujer inmigrante nace de **procesos de diferenciación** en donde se les configura desde la otredad, desde la diferencia (Galaz y Montenegro, 2015; Montenegro et al., 2011). Como plantean Galaz y Guarderas (2017), las mujeres son visibles por sus marcas físicas de extranjería, es decir, por su color de piel, vestimenta, formas de socialización etc. (la anteriormente denominada distancia cultural). Esta **diferenciación** generaliza la idiosincrasia de estas mujeres, homogeneizándolas y adjudicándoles por igual la clase, roles del género, cultura... (Domínguez y Contreras, 2017; Galaz et al., 2017). Posteriormente, en base a la elaboración de los prejuicios y estereotipos, la intervención les acomodará y adaptará de un modo u otro para que la mayoría social les acepte (Montenegro et al., 2011).

Como sostienen Galaz y Montenegro (2015), los procesos de diferenciación dan lugar a los **procesos de subalternización** en donde se crea una frontera simbólica que determina (desde una posición hegemónica) quién está dentro o en los márgenes y quién es sujeto de derechos y libertades o sólo de obligaciones.

Tras los procesos de diferenciación y subalternización, se constituye a la mujer inmigrante como lo que Montenegro et al. (2011) y Galaz y Montenegro (2015) denominan “**mujer víctima y en falta**”. Esta definición arrebató la agencia a las mujeres y les fija en la vulnerabilidad, lo que las hace sujetos de intervención psicosocial (Domínguez y Contreras, 2017; Galaz et al., 2017).

Montenegro et al (2011) declaran que como consecuencia, se crean **dispositivos y servicios estandarizados** para ellas bajo una lógica de inclusión de género. De este modo, ante la construcción de la categoría mujer creada surgen **dispositivos asistencialistas**, que desde una visión paternalista afirman que las mujeres necesitan *ser salvadas* y las colocan como personas pasivas receptoras de ayuda (Galaz et al., 2017). A su vez, surgen **intervenciones liberales** enfocadas al acceso laboral. Estas últimas, desde la colonialidad, colocan a las mujeres inmigrantes en los espacios subordinados y nichos laborales del sistema que las mujeres autóctonas no quieren habitar (Galaz et al., 2017; Galaz y Guarderas, 2017; Montenegro et al., 2011). Por tanto, la inclusión a espacios marginales funciona bajo un sesgo masculinista (Galaz y Montenegro, 2015; Montenegro et al., 2011) y varía en función del origen étnico y cultural de cada mujer y de su proceso de racialización en el país de llegada (Galaz et al., 2017; Montenegro et al., 2011).

La afirmación de Galaz y Montenegro (2015) resume adecuadamente lo anterior comentado: “las mujeres inmigrantes como grupo social, [...], no están excluidas del sistema, sino que están incluidas en el mismo de manera perversa a partir de la vulneración de sus derechos fundamentales.” (p. 1667).

Como resultado del *modus operandi* de los modelos de intervención, las mujeres se victimizan para poder acceder a los servicios, apareciendo así un círculo vicioso cuyo resultado sólo es el aumento de la victimización de las mujeres y construcción del imaginario de mujer pasiva, lo que afianza y potencia los roles de género (Domínguez y Contreras, 2017).

Estos procesos sociales afectan en el desarrollo de la autopercepción y de la identidad de estas mujeres. Según Montenegro et al. (2011) a este proceso en el que las mujeres se narran a sí mismas según el contexto de la sociedad de integración se le denomina **proceso de subjetivación**.

A pesar de que en algunos casos se apropian de esa identidad, Galaz et al. (2017) y Gandarias (2019) agregan que en otros muchos la negocian o se resisten a ella, dando lugar a estrategias de agencia y resistencia. Estas no se mueven únicamente en oposición al poder, sino que generalmente consisten en intentar alcanzar objetivos personales o sociales performando las normas y habitándolas de otras maneras (Domínguez y Contreras, 2017; Gandarias, 2019).. Un ejemplo puede ser acordar entre interventoras e intervenidas en considerarlas como vulnerables o víctimas sin que se identifiquen como tal para así poder acceder a los dispositivos y los beneficios que suponen (Galaz y Guarderas, 2017).

Como se puede apreciar, la figura de las personas interventoras también son clave para el devenir del modo en que se emplean los servicios y dispositivos, y del desarrollo de la atención psicosocial a la comunidad inmigrante. Por ello, a continuación, se va a analizar la figura de la psicóloga.

3.4 La figura de la psicóloga: relación terapéutica extendida y transculturalidad.

La OIM (2018) y Sayed-Ahmad et al. (2007) plantean que la **figura de la psicóloga** con personas migrantes aborda aspectos como la reconstrucción de la confianza para el posible desarrollo de relaciones emocionalmente sanas y seguras; la transformación de la identidad de una manera que logre adoptar ambas culturas; el fortalecimiento de vínculos de afecto; la identificación y desarrollo de estrategias de afrontamiento; o marcar objetivos para lograr un futuro imaginado.

Para poder llevar a cabo estas cuestiones, es necesario que se establezca una relación terapéutica entre la psicóloga y las usuarias. Sin embargo, a juicio de Achotegui (2016a) la relación y atención terapéutica con la población migrante resulta complicada. De hecho, según Achotegui y Jayme (2016) la población “subsahariana” es la que tiene un mayor índice de abandono de los tratamientos. Algunos motivos ya han sido señalados antes, como el difícil acceso a los servicios sociales y sanitarios y la continuidad de la atención. Otras múltiples causas que Sayed-Ahmad et al (2007) señalan son: la organización de los sistemas de atención de salud mental; la orientación de los dispositivos; el desconocimiento del funcionamiento sanitario; las diferencias culturales entorno a la salud; la situación administrativo-legal de las inmigrantes que les genera estrés y miedo, les margina y por tanto les dificulta la búsqueda activa de atención sanitaria.

A las causas anteriores, Achotegui (2009; 2016a; 2016b) suma la calidad de la atención por parte de los profesionales. En múltiples ocasiones las pacientes se encuentran con profesionales sin tiempo, cargados de prejuicios, con actitudes de rechazo o paternalismos y sin competencia cultural. Según Sánchez (2015) y Sayed-Ahmad et al. (2007), las causas anteriores hacen cuestionar el modelo de relación terapéutica que se establece hegemónicamente o si los programas están adecuados a las necesidades de la población inmigrante. De acuerdo con ello, a continuación, se expondrán dos elementos fundamentales de la intervención psicológica con población migrante. Por un lado, la denominada relación terapéutica extendida o ampliada (Achotegui, 2007) y por otro lado, la perspectiva transcultural (Pérez, 2004).

La relación terapéutica es el vínculo que el interventor e intervenido establecen. Generalmente se enmarca en la competencia sanitaria o social del interventor, sin embargo, en el caso de la población inmigrante la relación tiene unas características especiales que dan lugar a la **relación terapéutica extendida o ampliada**. Esta va más allá de la competencia técnica sanitaria de los profesionales e incluye demandas de cuidado físico y protección (Achotegui, 2007; 2016).

Achotegui (2007) define la relación terapéutica extendida como “El conjunto de las interacciones que el demandante y el profesional movilizan en la relación terapéutica en las situaciones de estrés crónico y exclusión social” (p.18).

Surge ante la idiosincrasia de la población inmigrante y las características que estos portan. De este modo, las situaciones extremas de estrés y exclusión que viven, las múltiples rupturas forzadas y sus correspondientes duelos etc. requieren que los profesionales de la salud vayan más allá de su competencia sanitaria y no obvien las demandas sociales, puesto que ambas se constituyen conjuntamente. De no ser así, la intervención tiene una mayor probabilidad de fracasar (Achotegui, 2007; 2016a).

Achotegui (2007) subraya que esta extensión tiene como objetivo flexibilizar o limitar la rigidez de los marcos de actuación y trabajo de los profesionales que han surgido con la burocratización y ramificación de las áreas de los servicios sociales. Es decir, busca evitar que haya espacios que no competen a ningún profesional y el paciente se quede descubierto. Para ello, Sánchez (2015) remarca que el profesional de la psicología no debe asumir completamente aspectos que no le competen sino que la relación terapéutica extendida necesita y debe estar compuesta por un equipo interdisciplinar formado por médicos, asistentes sociales, educadores, abogados... para atender de manera holística las necesidades del demandante. De lo contrario, en el caso del profesional podría darse el efecto *burnout*, es decir el acabar “quemado” (Achotegui y Jayme, 2016).

Además, Achotegui (2007) y Achotegui y Jayme (2016) exponen que la relación terapéutica extendida consta de elementos que influyen en el devenir de la misma. En el caso del demandante, pueden reconocerse sentimientos hostiles a través de la desconfianza, recelo, temor, rabia... Aunque en ocasiones se evidencia desde una posición de sumisión adquirida por las constantes vivencias de indefensión aprendida.

Esta hostilidad y rechazo se dan por la percepción que se tiene del profesional. Esta percepción se elabora desde la construcción social de la identidad. Es decir, el inmigrante agrupa a las personas que están dentro del sistema, las colocan “en el otro bando” y los

homogeniza (Achotegui, 2007). En esta línea, Caminando Fronteras (2020) manifiesta que dentro de este “bando” se encuentra tanto la psicóloga que trata de ayudar como el patrono, la policía, los funcionarios, o la sociedad de acogida con sus conductas racistas y de exclusión. Por tanto, asocia experiencias y figuras negativas a la figura la psicóloga y la relación terapéutica y, como consecuencia, lo rechace.

En el lado opuesto, el paciente puede mostrar una idealización. Esta idealización se traduce en la fascinación de las técnicas occidentales. En general, como consecuencia de esta idealización y de su baja autoestima, se atribuyen la culpa en caso de que no mejore su situación, lo que da lugar al abandono del tratamiento (Achotegui, 2007).

Desde un punto de vista psicoanalítico, al conjunto de reacciones y vivencias emocionales del paciente hacia la terapeuta expuesta en los anteriores párrafos (hostilidad, rechazo, idealización...) se le denominan *transferencias* (Sayed-Ahmad, 2010). A su vez, Achotegui y Jayme (2016) y Sayed-Ahmad (2010) declaran que, puesto que los profesionales son vistos como representantes del poder colonial, en este caso son *transferencias negativas*. Al mismo tiempo, las transferencias provocan en el profesional reacciones hacia el paciente, es decir, provocan *contratransferencias* (Sayed-Ahmad, 2010). Estas deben ser conocidas, comprendidas y controladas por el profesional. Las emociones que ocupan estas contratransferencias suelen ser de impotencia y frustración. Se expresan mediante actitudes de rechazo en donde el profesional rehúsa atender la problemática, provocando en el paciente una sensación de incompreensión. También se expresan con reacciones paternalistas en las que se muestra omnipotente y que infantilizan, inferiorizan y disminuyen la autoestima del paciente (Achotegui y Jayme, 2016).

A concepto de contratransferencia, Sayed-Ahmad (2010) agrega *contratransferencia cultural*. La contratransferencia cultural se desarrolla debido al perfil étnico-cultural del paciente y se basa en conocimientos previos, prejuicios o experiencias del terapeuta con un grupo étnico concreto. Se suele manifestar como rechazo a las diferencias, excesiva curiosidad hacia los aspectos étnicos-culturales, excesivos sentimientos de irritabilidad, culpa o ambivalencia hacia el paciente...

Según Achotegui (2007), es desde esta realidad del vínculo terapéutico desde donde la intervención psicosocial debe establecer una relación emocional de confianza y ofrecer un lugar con ambiente de cura que proporcione seguridad, fomente la sabiduría y los recursos de la persona y recree sus posibilidades. Asimismo, debe tratar de construir un espacio donde la persona dé sentido a sus síntomas para lograr elaborarlos. Es importante tener esto en cuenta para la eficacia de la intervención (Sánchez, 2015).

Lo anteriormente expuesto muestra la importancia de la adquisición del **enfoque transcultural** por parte de las profesionales. Es decir, para poder trabajar con personas inmigrantes el profesional debe adquirir competencia cultural. Esto es, debe ser consciente de sus valores culturales, de si posee actitudes de rechazo o prejuicios, si está capacitado para comprender y atender al paciente o si puede utilizar estrategias de intervención adecuadas a su cultura (López, 2017; Martínez y Martínez, 2018; Pérez, 2004; Sánchez, 2015). Como expresan Achotegui (2016b) y Sayed-Ahmad (2007), todo ello influye en la interpretación que el profesional y el paciente hacen de los síntomas, en la posterior diagnosticación, en la adecuación de la atención terapéutica...

Desde una perspectiva transcultural el estado de la salud mental va más allá de la presencia o ausencia de trastornos mentales (OIM, 2018), puesto que la construcción y el valor que se les da están ubicadas en un espacio-tiempo (Montenegro, 2001; Sayed-Ahmad, 2007). Este supuesto rechaza que el conocimiento científico es una representación fiel de la realidad y afirma la necesidad de atribuir significados a partir de encuentros y diálogos interculturales con diferentes agentes sociales, incluidas las personas afectadas o pacientes (Montenegro, 2001).

Pau Pérez (2004) profundiza y plantea el modo en el que se construyen los trastornos o enfermedades y su valor. Así, el autor establece que la conceptualización de una enfermedad o trastorno (como puede ser la depresión) surge con la aparición de signos (objetivos) y síntomas (subjetivos) como el dolor de cabeza, estrés, tristeza, rabia... Esta sintomatología se agrupa en cada cultura de un modo u otro para construir síndromes, por tanto el origen de un síndrome depende del marco cultural. Sobre los síndromes se componen los trastornos o enfermedades en base a un consenso médico que también está situado. De este modo, la tristeza puede ser universal, pero no la depresión ni su cuadro. Además, el significado que se le atribuye a una enfermedad o síndrome también es culturalmente dependiente, así, puede ser interpretado como benigna, maligna, conflicto personal o interpersonal etc. En función de esa interpretación, la persona se comportará y enfermará de una manera también culturalmente dependiente.

El párrafo anterior expone que el modo de enfermar y los procesos de diagnosticación no son universales. Por ello, los modelos occidentales de intervención tampoco son universalmente aplicables (Pérez, 2004). A esta comprensión de que el conocimiento científico no es fiel a la realidad, Marisela Montenegro (2001) lo denomina *perspectiva situada*. Esta perspectiva situada implica que la profesional debe adecuar (en la medida de lo posible) la intervención a la población inmigrante y hacer una adaptación cultural a su intervención (Pérez, 2004). Según Martín (2007), y Martínez y Martínez (2018), ello implica que deben comprender el significado de un problema según el marco cultural y contextual de la persona, conocer el nombre que dan a sus dolencias y cómo las interpretan, saber el concepto que tienen del ser humano y su relación con el mundo... Pérez (2004) ratifica que, de esta manera, en la intervención se piensa desde la cultura de la inmigrante, sus valores, creencias etc. para así intentar facilitar la interpretación de sus problemas o trastornos. De todos modos, tal y como señalan Martín (2007) y Sayed-Ahmad (2017) para que esto sea posible es necesario que los profesionales hagan un proceso de autoconciencia, sean conscientes de sus limitaciones culturales y tengan formación intercultural

Como señala Pérez (2004), esto no implica hacer un uso exclusivo del modelo de intervención “tradicional” o “moderno”, si no ser capaz de aunar ambas en función de las necesidades del individuo y su cosmovisión. Asimismo, Achotegui (2007) y Gabriela López (2017), defienden la necesidad o los beneficios de incorporar elementos de sanación propios de la cultura como la ritualización, una mayor expresividad o dramatización.

Para promover el intercambio y conciliación de ambos modelos en la intervención, y evitar una imposición de patrones de la sociedad dominante; diferentes autores han

elaborado una serie de pautas que abarcan diferentes cuestiones (Achotegui, 2007; Martín, 2007; Pérez, 2004; Sánchez, 2015; Sayed-Ahmad, 2010):

- **Adecuar la intervención a nivel emocional:** huir de la “neutralidad”, mostrar proximidad, respeto y aceptación con el lenguaje no verbal, con prácticas como apuntar su nombre e intentar pronunciarlo bien. Se debe evitar que perciban rechazo como les sucede en otros sectores de la sociedad.
- **Adecuar el tiempo y el espacio:** Teniendo en cuenta el nivel de abandono con esta población, puede que la primera entrevista sea la última, por ello esta debe disponer de tiempo para establecer vínculos, entender los problemas según el contexto, y superar los prejuicios. También se debe ser flexible con la puntualidad o cambios de horarios puesto que su contexto es muy cambiante y estresante, y si se es excesivamente rígido en este aspecto pueden sentirse incomprendidos.
- **Atender los problemas individuales con una mirada amplia que incluya el contexto cultural y la familia:** Como se ha comentado en el presente trabajo esta población suele venir de sociedades colectivistas en donde el individuo y su identidad forma parte de un conjunto. El profesional debe ser capaz de leer su mapa ecológico y utilizarlo para intervenir con éxito.
- **Comprender la problemática desde la perspectiva y cultura del paciente:** integrar su terminología y modo de pensar, incorporar el uso de metáforas, mitos o leyendas y utilizarlo para fortalecer la relación terapéutica y obtener datos relevantes de la problemática.
- **Otros** como: comprender el filtro cultural a través del cual expresan sus emociones y síntomas; atender a la cuestión religiosa como elemento que impacta en la persona etc.

En definitiva, como Martín (2007) y Pérez (2004) señalan en sus trabajos, las psicólogas deben ser conscientes de sí mismos, sus prejuicios y sesgos al mismo tiempo que deben adquirir el conocimiento de otra cultura. Finalmente deben incorporar ese conocimiento a su práctica profesional. Asimismo, lo anteriormente expuesto muestra que se ha de trabajar desde el cuerpo y no solo desde las cogniciones (Pérez, 2004). En esta línea se han aplicado con población migrante diferentes terapias corporales como la Danza Movimiento Terapia (Aranda, 2018; García, 2018) o la arteterapia corporal (Hauser, 2013), las cuales han resultado ser positivas por su capacidad de integrar de una forma no verbal las culturas, necesidades y preocupaciones de las mujeres, y por el trabajo de conexión cuerpo-mente que hace (Aranda, 2018; Hauser, 2013).

Dentro de este marco y teniendo en cuenta la finalidad de la intervención psicosocial, Martín, (2007) y Sánchez y Martínez (2018) sostienen que el profesional debe tener formación intercultural y trabajar desde un enfoque transcultural para poder adecuar su intervención. Es decir, que el profesional de la psicología ha de facilitar la convivencia, dar lugar a un nuevo espacio intercultural y promover espacios donde el bienestar pase tanto por una satisfacción equilibrada de las necesidades personales, relacionales y colectivas, como por la eliminación de las relaciones opresivas entre el grupo dominante y oprimido. Para ello, como indica Díaz-Lázaro (2011), debe reconocer sus sesgos, valores y creencias y debe ser consciente de sus prejuicios sociales y culturales para así impedir que afecten a la relación terapéutica, los servicios ofrecidos y su eficacia.

Asimismo, añade que este proceso puede estar sujeto a resistencias y evitaciones porque puede afectar a su autoconcepto y a la comprensión de la psicología como una carrera benevolente.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para la consecución de los objetivos del estudio se realiza análisis cualitativo mediante entrevistas individuales vía online. Estas entrevistas están compuestas con preguntas abierta para que resulte poco directiva y así poder estar abiertas a nuevos temas que resulten de interés y a comprender los significados que las personas dan a sus experiencias vitales

Las participantes del presente estudio son 4 psicólogas que trabajan con población inmigrante, concretamente con mujeres de origen subsahariano. La elección de dichas profesionales se debió a su predisposición, su bagaje laboral y su perfil crítico. A continuación se presenta una tabla que recoge el perfil de las mujeres participantes (Tabla 1). Se ha de tener en cuenta que no se exponen sus nombres por el respeto a la privacidad que ellas misma demandaron.

Tabla 1. *Datos de las personas participantes*

Nombre	Años ejerciendo en la organización	Lugar de Trabajo	Organización
Participante 1	4 y medio	Iruña/Pamplona	CEAR
Participante 2	3	Tánger	Mujeres en Zona de Conflicto
Participante 3	10	Madrid	Sira
Participante 4	4	Algeciras	Cruz Roja

Fuente: Elaboración propia

Como resultado de las entrevistas el análisis de la información se ha dividido en cuatro ejes temáticos, dichos ejes han sido divididos a su vez en diferentes temas y subtemas. Estos se recogen en la Tabla 2:

Tabla 2. *Ejes temáticos, temas y subtemas*

Eje	Temas	Subtemas
Problemáticas, que presentan las mujeres inmigrantes de origen subsahariano.	Problemáticas por género, raza y clase	Rol de proveedoras económicas, enclaustramiento en trabajo feminizados y pérdida de estatus.
		Continuum y normalización de las violencias
	Problemáticas psicosociales	Factores Culturales Barrera idiomática y choque cultural

	Factores personales	Bajo nivel educativo y otros modelos de maternidad
	Factores sociales	Falta de red y apoyo social
	Factores legales y laborales	Sistema burocrático
Problemáticas psicológicas		Área emocional
		Área confusional (crisis disociativas, desregulación...)
		Área conductual
		Área psicofisiológica: sueño y somatización
		Área cognitiva: alteración autoconcepto y ruptura de la Identidad
Obstáculos que encuentran las psicólogas en el ejercicio de la atención psicológica y psicosocial	Burocracia de los dispositivos	Requisitos dispositivos vs. Necesidades usuarias
	Barreras de las profesionales	Prejuicios-estereotipos culturales: homogeneización y categorización de mujer inmigrante
		Contratransferencia: intervenir desde el miedo
		Herramientas adquiridas no válidas
	Barreras de las usuarias	No acceder ir a la psicóloga: imaginario de estar loca y creencia de tener que contar
		Transferencias: por la blanquitud de la profesional
		Inestabilidad
	Obstáculos en la relación terapéutica	Hermetismo
		Relación jerárquica
		Lenguaje: Barrera idiomática, compartir significados

		culturales, incomprensión del lenguaje no verbal
		Cercanía vs. Poner límites
Estrategias de intervención y metodologías que emplean las psicólogas en el ejercicio de la atención psicológica y psicosocial	Construir relación terapéutica	Vínculo Escucha, apoyo y confidencialidad Adecuar ritmos
	Colocar la mirada desde “la otredad”	Resignificación de su propia historia Respetar códigos y significados culturales Duelo Migratorio y Síndrome de Ulises
	Proceso adaptativo y aculturativo	Enfoque asimilacionista vs integrativo
	Metodologías participativas y grupales	Tejer redes Trabajo grupal
		Perspectiva transcultural
Retos de la atención psicológica y psicosocial desde una mirada transcultural	Salir de la psicología ortodoxa: Más psicología psicosocial y menos individualismo clínico	Politizar y colectivizar la psicología No diagnosticar ni etiquetar
	Despatriarcalizar y decolonizar los dispositivos	Adecuar ritmos y recursos específicos Desmasculinización de los programas

	Incorporar miradas no europeas
Formación continua profesionales	En enfoque transcultural y de género
	Herramientas
	Supervisiones

1. Problemáticas psicosociales que presentan las mujeres inmigrantes de origen subsahariano

El presente eje abarca las problemáticas que las profesionales detectan en las mujeres subsaharianas, las cuales pasan por problemáticas por género, raza y clase; y problemáticas psicosociales y psicológicas. Dentro de las demandas y necesidades destacan el cubrir las necesidades básicas y el alivio emocional.

1.1 Problemáticas por género, raza y clase

Todo el proceso migratorio (salida, tránsito y llegada) de estas mujeres está marcado por la interseccionalidad² de las categorías de género, raza y clase, las cuales se relacionan entre sí y tienen efectos simultáneos de opresión. Respecto a la salida, Castilla-Vázquez (2017), Gandarias y Carranza (2018) y Tyszler, (2018) exponen que las causas atienden a cuestiones de género sujetas a situaciones de violencia. Coincidiendo con ellas, la Participante 1 manifiesta: “la mayoría, la causa de asilo ha sido por razones de género: por trata, por matrimonio forzado, por miedo a una mutilación genital femenina, por embarazos no deseados fruto de violencia sexual y por el miedo al rechazo/repudio familiar y social pues también.” Participante 1

A su vez, su salida también está impulsada por el rol social que se les atribuye tanto en el país de origen como el de llegada. Así, que en el país de origen sean las encargadas de la subsistencia familiar es un factor determinante (Domínguez y Contreras, 2017; Sassen, 2003). Como señala la Participante 4: “mayoría de las mujeres que migran son las encargadas de sustentar económicamente a toda la familia en país de origen, entonces esa carga es muy importante.” Por otro lado, la demanda europea de mano de obra feminizada para ejercer tareas reproductivas promueve la salida (Gandarias y Carranza, 2018; Nin y Shmite, 2015). Según la Participante 3 la atribución de este rol social a la mujer inmigrante y su proceso:

“tienen mucho que ver con tragar y con la sumisión. Me parecen procesos poco empoderadores. [...] que el rol social que se les atribuye siempre es desde los cuidados y desde trabajos, bueno pues, jodidos, [...] Creo que están como muy etiquetadas y muy encarriladas a cumplir una función social muy clara, que es la de los cuidados, y que es difícil salir de ahí.” Participante 3

² La interseccionalidad es un concepto acuñado por la abogada Kimberlé Crenshaw que refiere que todos los problemas y procesos políticos complejos hay categorías de diferencia (ej: raza, género y clase) que se relacionan entre sí y cuya interrelación puede generar efectos simultáneos de discriminación en función de las matrices de dominación que operen en el momento y lugar (ej: patriarcado, sistema colonial y capitalismo) (Redondo, 2021).

Por tanto, debido a lo que se espera de ellas en esta sociedad patriarcal y colonial, estas mujeres están expuestas a más violencias y roles de género más marcados, y se les coloca a los márgenes de la sociedad, lo que provoca una invisibilización, una pérdida de estatus y de una identidad y rol propio. Esto último lo secundan Domínguez y Contreras (2017) y López (2008), quienes afirman que el imaginario que se tenga sobre las mujeres en este proceso afecta al posterior desarrollo de su identidad y autoconcepto.

Estas problemáticas ligadas al sexo y raza son un continuum que se da también durante el trayecto y la llegada; las cuales se presentan principalmente en forma de violencia, destacando la **violencia sexual**. Como expone la Participante2, esta violencia sexual se traduce en la utilización de sus cuerpos como monedas de intercambio:

“A la hora de encontrar trabajo lo tienen muy difícil, a la hora de encontrar casa lo tienen muy difícil, a la hora de cruzar una frontera lo tienen más difícil y siempre es pues a cambio de su cuerpo. Muchas veces las mujeres para poder tener alojamiento tienen que aceptar a tener una relación con un subsahariano o con un marroquí. Para cada frontera que tienen que cruzar la mayoría tienen que eso, lo mismo, los hombres solamente con dinero está bien, las mujeres a parte de dinero probablemente intercambios sexuales. O sea, sufren mucha más violencia en todos los sentidos.” Participante2.

Acorde con Caminando Fronteras (2020), esta cita muestra cómo las mujeres acaban instrumentalizando su cuerpo como método de pago. Además, apoyando lo expuesto por la Participante2, CEAR (2020b) indica que estas violencias suelen acentuarse en las zonas de control fronterizo, puesto que están controladas por hombres y marcadas por un orden de género. Por tanto, se comprueba que las mujeres acaban practicando un intercambio económico sexual y reproduciendo roles de género para lograr una movilidad social y física (Gandarias y Carranza, 2018).

Este modus operandi sistematiza y **normaliza la violencia sexual**. Esta normalización influye en cómo las mujeres asumen esas violencias. Ante ello, la Participante3 comenta: “Que a una mujer la violen es casi lo que te toca en el viaje migratorio, con lo cual creo que sienten menos derecho para poder expresar determinadas violencias; sienten más responsabilidad para tirar del carro y sienten más vergüenza para hablar de lo que les ha ocurrido.” Sin embargo, la Participante1 declara que a pesar de la normalización: “en general, tienen muy claro que necesitan expresarse, que han sido víctimas y que son supervivientes de algo que no debería ser de esa manera.” Por tanto, al mismo tiempo que son conscientes de que las violencias sufridas son indebidas y necesitan sanarlas, por su normalización sienten menos legitimidad para denunciarlas y verbalizarlas.

A su vez, tal y como la Participante3 expresa, esta normalización también repercute en las profesionales, quienes no abordan la cuestión por su cotidianidad:

“las violencias [hacia las mujeres] atacan a lugares más íntimos [...]; son violencias que están más normalizadas, están más legitimadas y por lo tanto, o sea que a un tío lo torturen es como “oh dios mío, le han torturado” y todo el mundo entiende que hay que trabajar la tortura.” Participante3.

Las participantes exponen los diferentes y múltiples **impactos que tienen las violencias** en las mujeres. Respecto al intercambio económico sexual, la Participante3 manifiesta que “acentúa el desarrollo de estereotipos sobre una feminidad vulnerable y del constructo

de la mujer transnacional como un sujeto vulnerable.” A esto la Participante4 añade que “hay un impacto que tiene que ver con un daño a nivel de autoconcepto, a nivel de percepción de sí mismas pues a lo mejor cierta indefensión adquirida. Esto sobre todo si vienen por situaciones por violencia de género como sistemática o así...” Por tanto, los impactos van principalmente ligados a la reproducción de roles de género más patriarcales y desiguales que están ligados a la vulnerabilización de las mujeres, la cual, a través de procesos de como profecía autocumplida o indefensión adquirida, afecta en su autoconcepto.

1.2 Problemáticas psicosociales.

De las etapas del Proceso de adaptación en el proyecto migratorio expuestas por Sayed-Ahmad (2006;2008), las problemáticas psicosociales que destacan las entrevistadas se enmarcan dentro de la fases de llegada/asentamiento y la fase de adaptación. Asimismo, subrayan problemáticas que se encuadran dentro de factores culturales; personales; sociales; y legales y laborales. Cabe señalar que el logro de un nivel de adaptación u otro está sujeto a la interseccionalidad anteriormente comentada.

Respecto a los **factores culturales**, 3 de las 4 entrevistadas inciden en que la barrera idiomática es una dificultad principal en su proceso de adaptación. No obstante, más allá de esta, la cuestión cultural abarca todos los niveles de la persona. La Participante4 afirma que “a la hora de encontrar trabajo, encima sin permiso de trabajo, a la hora de buscar una vivienda, también a la hora de entender pues eso, cómo funciona el tema el tema escolar o cómo funciona el tema sanitario etc., pues sí es muy difícil y claro, se necesita tiempo, son proceso muy largos, sí.”. También señala que ese desconocimiento sobre el funcionamiento genera indefensión y afecta a su identidad. Ese esfuerzo de adaptación, como ya hacía mención Pérez (2004), puede dar lugar a un estrés aculturativo con consecuencias como la indefensión.

Respecto a los **factores personales**, nos encontramos con un bajo nivel educativo, cuestión que atañe principalmente a las mujeres, puesto que como señala la Participante2: “las mujeres suelen estar todavía en situación de mayor vulnerabilidad porque en sus países suelen tener menor formación, hay muchas mujeres analfabetas...”. La realidad de las mujeres del África Subsahariana también está afectada por la maternidad, ya que esta les dificulta el proceso de adaptación, acceder a vivienda etc., al mismo tiempo que les hace sujetas de un escrutinio por su modelo de crianza. Así lo ratifica la Participante3:

“Están especialmente estigmatizadas [...] en sus modelos de crianza y que es una de las principales dificultades que tienen las mujeres negras en nuestro país [...] creo que cuando se les atiende con niños el estereotipo es que son muy bruscas, que son muy violentas, que no cuidan, que son desapegadas etc.” Participante3.

En cuanto a los **factores sociales**, todas las entrevistadas hacen hincapié en la importancia del apoyo y red social tanto por la sociedad de acogida como por los grupos de inmigrantes, ya que, acorde con Martínez y Martínez (2008) y Sayed-Ahmad (2008), tienen un importante papel en la facilitación del proceso de acogida y en la prevención de malestares psicológicos.

“yo creo mucha gente a la que yo atiendo no necesita un psicólogo, necesita un grupo de apoyo, punto. No me necesitaría a mí, solo que como no hay nada que le de soporte,

el malestar se hace tan grande que acaba en el psicólogo, pero no creo que toda la gente que yo atiendo necesitaría un psico si tuviese una red de apoyo consolidada.” Participante3.

Por último, en cuanto a los factores legales y laborales también hacen referencia a cómo el sistema burocrático, la necesidad de titulaciones, acreditaciones etc. suponen una problemática para el desarrollo psicosocial de la persona. Así, varias participantes señalan:

“Claro, en general todas vienen de sistemas económicos informales entonces claro, ver que aquí no puedes vender lo que cocinas, no puedes buscarte la vidilla como... pues es un shock bastante importante; que para todo hace falta un título y una acreditación” Participante1.

“por ejemplo ahora hay una chica que ha estado una semana en agudos y tal, pues ella uno de sus sueños es ser médica, y claro, es difícil que llegue ah... [...] no sé si la mejor forma de acompañarla es fomentar esa idea en un momento que no tiene documentación, que no tiene red de apoyo, que no ha ido nunca al colegio... ¿sabes?” Participante4.

Lo planteado por las entrevistadas, pone en evidencia que las variables de raza y género que atraviesan estas mujeres determinan características comunes que dificultan su proceso de adaptación (sin pretensión de homogeneizar) como son: la existencia de una barrera idiomática más infranqueable que sus compañeros varones por el bajo nivel educativo que poseen; cargar con una identidad estereotipada ligada a una maternidad diferente, inapropiada y criticada; o tener mayor acceso a trabajos informales y con menor estatus y por tanto más dificultades para acceder a un empleo con plenos derechos, entre otras. Por tanto, profundizar en el análisis y detección de estas características puede resultar de interés para ampliar la mirada psicológica desde una perspectiva transcultural y de género.

1.3 Problemáticas psicológicas.

Las problemáticas psicológicas que las profesionales detectan abarcan el área emocional, confusional, conductual, psicofisiológica y cognitiva de la persona. En el área emocional destacan principalmente una sintomatología ligada al estrés, desmotivación, frustración, desesperanza, vergüenza y tristeza.

La sintomatología del área confusional, señalan, está compuesta principalmente por una sintomatología post-traumática, disociativa y con muchos cuadros de desregulación. Contextualizan estos síntomas como fruto de las experiencias traumáticas y la ruptura con elementos de seguridad, los cuales dificultan el proceso de adaptación y la elaboración de un proyecto de vida continuado.

“pues mujeres que hayan sufrido experiencias de trata y así, nos encontramos cuadros de mucha desregulación, como que les es muy difícil estabilizarse emocionalmente, y entonces reaccionan de manera impulsiva o irascibles o les es difícil tener como una estructura.” Participante3

“crisis disociativas de reexperimentación de experiencias traumáticas, crisis agudas fuertes que en general pues una ruptura importante con los elementos de seguridad que la persona pudiera tener en ese momento” Participante4

Dentro del área conductual insisten en el aislamiento y el silencio. Por otro lado, respecto al área psicofisiológica destacan el insomnio y la somatización, la cual se traduce en dolores de cabeza, de tripa, espalda, malestares...

“bueno resulta que tengo depresión porque he vivido tal, no, te van a decir me duele la cabeza mucho porque pienso mucho, o me duele el corazón o me duelen los pies de llevar tacones (las mujeres por ejemplo que han ejercido mucho tiempo la prostitución...) Y bueno, pues localizar físicamente ese dolor también ayuda mucho a entender por qué está ahí ese dolor y cómo ocurrió y cómo me afectó y cómo me afecto.” Participante4.

Finalmente, en el área cognitiva reiteran la ruptura de la identidad por la dificultad de aunar la cultura de origen con la de acogida; y la alteración del autoconcepto. Además, las Participantes 1 y 3 señalan:

“hay muchas que sienten muchísima vergüenza, que han pasado por eventos muy traumáticos que muchos tienen huella [...] hay un impacto muy muy importante sobre la autoestima, el autoconcepto y su capacidad de validar como personas.” Participante1.

Resulta interesante cómo mucha de la sintomatología anteriormente descrita coincide, aunque categorizada de manera diferente por Achotegui (2009;2012), con la del Síndrome de Ulises ya que ambas señalan sintomatología ligada al área depresiva como la tristeza; la desestabilidad emocional; el bloqueo afectivo-emocional; la somatización; el insomnio etc. Al mismo tiempo, esta coincide con la expuesta por López (2017), la cual no la liga a ningún síndrome concreto si no que la comprende como consecuencias psicológicas de una realidad psicosocial aversiva como es todo el trayecto migratorio y las fases de llegada y adaptación. Por tanto, es de interés saber que aun categorizándola de un modo u otro y tanto desde la teoría como la práctica, la sintomatología descrita es esencialmente similar. Esto puede permitir sistematizarla para plantear y desarrollar intervenciones anticipadas y preventivas en el empeoramiento de las mismas.

2. Obstáculos que encuentran las psicólogas en el ejercicio de la atención psicológica y psicosocial

En este segundo eje temático, hemos agrupado obstáculos que encuentran las psicólogas en su ejercicio en cuatro categorías: la burocracia de los dispositivos; las barreras de las propias profesionales y usuarias; y los obstáculos en la relación terapéutica.

2.1 Burocracia de los dispositivos.

La burocracia de los dispositivos resulta un obstáculo por el **impase que hay entre los requisitos de los mismos y las necesidades de las usuarias**. Así, los dispositivos marcan tiempos, exigen elementos administrativos etc. a los que las usuarias deben responder para así, a largo plazo, poder cumplir su proyecto migratorio. Sin embargo, esto supone un proceso violento que deja de lado las necesidades, contextos y ritmos de cada persona;

que les obliga, de manera más o menos coactiva a asumir conductas impuestas por las instituciones y que atentan contra su salud y bienestar. La Participante4 refleja esta realidad:

“El programa tiene unos ritmos marcados, o sea, primera fase 6 meses, luego tal, luego cual, y muchas veces no son los ritmos que tienen las personas; ahora mismo hemos tenido un caso de una mujer que tuvo una crisis disociativa porque no habíamos entrado a trabajar su historia de vida porque ella no quería y eso se respeta por supuesto desde el principio, y claro ella tenía la entrevista de asilo y yo ya le dije que no tenía que hacer nada, ni decir nada, que sólo tenía que ir a firmar, pero bueno, ella por lo que le habían contado pensaba que tenía que contar todo lo que le había pasado, entonces, bueno, pues se rompió, ahí se rompió y ahí tuvo un bajón muy fuerte, una crisis fuerte de reexperimentación y etc. y eso pasa porque el ritmo va a un programa diferente al que va ella, no?” Participante4

Este escenario es una fiel ejemplificación de lo que Galaz y Montenegro (2015) denominan *gubernamentalidad*. Por tanto, este *modus operandi* es un instrumento para construir, controlar y organizar a la población inmigrante de manera que, como añaden Galaz et al. (2017) y Martínez (2014), sean funcionales para el sistema y se mantenga el estatus quo. Así, por el planteamiento de los sistemas de intervención, la intervención no transforma el sistema sino a quien no está adaptado al mismo (Montenegro, 2001).

Cabe señalar que todo este proceso, está relacionado con las políticas migratorias europeas desarrolladas por la Europa Fortaleza; por lo que podría decirse que los dispositivos de intervención psicosocial, en última instancia, forman parte o reproducen esa arquitectura jurídica que legitima la violencia política.

En este escenario, las psicólogas se encuentran en una situación difícil y comprometida. Se ven obligadas a ser una bisagra para alcanzar, en la medida de lo posible y de la manera menos violenta posible, las necesidades y demandas de las usuarias dentro del funcionamiento del sistema. Como reflejan las Participantes2 y 4, este papel genera en ellas mucha frustración y desgaste emocional, pues ven su ejercicio limitado y sufren directamente las violencias del sistema.

“...el problema es más bien a nivel con otras asociaciones, y a nivel de realmente diría un apoyo institucional del gobierno, ¿vale? Para algunas cuestiones tema trata, víctima de violencia de género... Pues tú puedes tu trabajo pero llega un momento que tienes un impase muy grande institucional.” Participante2

“en mi pequeña *parcela* intento pues respetar siempre ritmos, derechos y centrar en la persona, pero hay veces que es eso, que es que te acaba de llegar un denegación y el programa dice que tiene 15 días para abandonar el recurso, ¿qué haces? ¿te la llevas a tu casa como dicen por ahí no? “si tanto te gusta...” No, hay veces que no... y es muy frustrante, muy, muy frustrante.” Participante4

2.2 Barreras de las profesionales

Achotegui (2009; 2016a) afirma que en muchas ocasiones los profesionales están cargados de prejuicios, actitudes de rechazo o paternalismos, y carecen competencias culturales. Ante ello, las entrevistadas señalan que sus **prejuicios** se exponen cuando homogeneizan a las usuarias.

A esto la Participante4 añade que esta “falta de humildad cultural” impide tener un enfoque más transcultural y poder detectar las problemáticas y necesidades de cada mujer

independientemente de que provengan del mismo país de origen. Así, explica que “Creemos que lo sabemos todo; no hay humildad cultural. Creemos que por conocer a una persona de una nacionalidad pues todas las personas son iguales ¿no? [...] Es decir, que cada persona en su país de origen tendrá unas prioridades distintas y hay veces que esas generalizaciones que hacemos no ayudan a tener un enfoque más transcultural.” Participante4.

Como señalan Domínguez y Contreras (2017) y Galaz et al. (2017) esta homogeneización está estrechamente ligada con la construcción de la categoría mujer inmigrante, donde a través de la diferenciación se la homogeniza para posteriormente ubicarla en un espacio u otro tanto en la intervención como en la sociedad. Durante este proceso, la Participante 3 señala que se les invisibiliza como mujer y se las mira únicamente como inmigrantes:

“Creo que es difícil desligar la identidad de mujer que es una identidad que de por sí podría tener mucha fuerza, de la identidad de migrante que camufla la de mujer. Es decir, les damos poco espacio a poder reivindicar la identidad de mujer, que yo creo que sería un espacio de resiliencia, porque les obligamos a ser mujeres migrantes.” Participante3

Esta afirmación expone cómo no se tiene una mirada interseccional de estas mujeres sino monofocal, impidiendo comprenderlas como mujeres y migrantes. Ejemplo de ello es cómo los dispositivos, que operan bajo una lógica colonial y patriarcal, les relegan a los márgenes de la sociedad y les adjudica un rol pasivo de víctimas por mujeres y migrantes.

Por otro lado, especifican que las reacciones de **rechazo o paternalismos** se traducen en *contratrasferencias* de miedo, miedo ligado a sus prejuicios sobre las posibles vivencias de estas personas y verse sobrepasadas ante ello.

“muchas veces cuesta tiempo darte cuenta de lo que te está suponiendo a ti la otra persona, ¿sí? [...] O sea hacer como una escucha de cómo está impactando en mí, para no presuponer y [...] que a veces es mucho más lo que te expresan con el cuerpo que con palabras, entonces es como que te acercas a lo que supones que es un... que han vivido un horror y desde ahí te puedes asustar, entonces intervenir desde el miedo propio.” Participante1

Finalmente sostienen **carecer de competencias culturales** por no poseer herramientas de intervención válidas culturalmente.

“también hemos visto que es muy difícil aplicar nuestras herramientas que adquirimos sobre todo en la carrera y tal... muy difícil aplicar con este tipo de colectivo lo que nosotros aprendemos.” Participante2

“Si nos basamos en el DSM-V o la CIE-12 ya te digo yo que no vamos a llegar a ningún lado con ellas. [...] la teoría está ahí, pero luego la práctica es otra totalmente diferente; [...] y claro, tú te lees los manuales de cómo intervenir en una crisis disociativa o una crisis de ansiedad aguda y por supuesto no tienen nada que ver con lo que luego en la realidad vemos” Participante4

Acorde con la Participante 4, Achotegui (2017) defiende que los sistemas de clasificación como son el DSM-V o CIE-12 se caracterizan por ser patologizantes e incentivar la sobrediagnóstico. Además, señala que son limitados porque no diagnostican por etiología sino por síntomas, por lo que no contemplan el contexto de la persona; y que carecen de rigor porque se adaptan a las presiones y modas occidentales.

La desadaptación transcultural de estos manuales también se da porque se ha universalizado la interpretación de una sintomatología, la conceptualización de una enfermedad o trastorno y el significado que se les atribuye; cuando en realidad la elaboración de todo ello es resultado de procesos y criterios puramente occidentales (Pérez, 2004). Esto ha forjado la creencia de que el enfermar y los modelos de intervención occidentales son universales, formando así a las profesionales de la salud mental con una mirada occidental limitada, y dejándolas desamparadas ante la necesidad de estrategias, aptitudes y herramientas con perspectiva transcultural o, al menos, no tan etnocéntricas. Por ello, es necesario descolonizar el conocimiento, la manera de comprender la salud, las intervenciones entorno a la misma y adquirir una perspectiva situada (Montenegro 2001). Para ello, de acuerdo con la Participante⁴, los centros formativos y de investigación para el desarrollo como por ejemplo las universidades, deben hacer un trabajo arduo de descolonización.

2.3 Barreras de las usuarias

Las participantes sostienen que los principales obstáculos que perciben respecto a las usuarias son: la resistencia a ir a la psicóloga, las transferencias hacia las profesionales y la inestabilidad de su situación vital.

De acuerdo con las Participantes¹ y ³, **resistirse a ir a la psicóloga** nace de un prejuicio básico que hay hacia la salud mental según el cual sólo reciben atención psicológica aquellas personas con trastornos mentales, o que “están locas”; por lo que nadie quiere identificarse con ello y por tanto rechazan su servicio.

Otra cuestión que dificulta su acceso, es la creencia de la obligación por contar, que reexperimentarán las violencias y experiencias traumáticas vividas, y, consecuentemente, se romperán:

“luego el que creen que tienen que contar, que tiene que ser verbal la atención, que tienen que contar su historia. [...] y el trabajo inicial es como “no me tienes que contar todo. Solo si quieres, te apetece y en el momento que te apetezca” Entonces el estereotipo este pues es como creo que es una barrera importante.” Participante¹

“Yo creo que hay una idea de que si me meto me rompo y entonces como no me puedo permitir romperme no me meto y romperme emocionalmente me refiero. Entonces como las heridas están tan abiertas muchas veces se evita hablar para no pasarlo mal” Participante³

Aunque esta creencia por parte de las usuarias dificulta desarrollar una intervención óptima y más adecuada a ellas; este prejuicio se sostiene sobre la verdad de que prevalecen los patrones terapéuticos de la sociedad dominante como el habla (Pérez. 2004). Esto pone sobre la mesa la necesidad de adaptar las vías de expresión y comunicación; y la necesidad comentada anteriormente de modificar y descolonizar los modelos de intervención. Para ello, como señalan Martín (2007) y Pérez (2004) las profesionales han de adquirir conocimientos de otras culturas e incorporarlo en la práctica profesional.

En las **transferencias** de las usuarias a las profesionales, identifican reacciones de rechazo y/o idealización. Las transferencias negativas, compuestas por sentimientos hostiles, de desconfianza y rechazo por parte de las usuarias, se nutren de la creencia de que las profesionales no les van a comprender:

“por otro lado, hay otras mujeres que el hecho de ver tanta diferencia cultural hace lo contrario, que consideren que nosotras nunca vamos a ser capaces de entender los problemas que ellas tienen porque vivimos realidades, evidentemente, muy diferentes”
Participante 3

“evidentemente piensan que es que no las entendemos y que bueno, pues que nuestra historia de vida es más fácil que la suya y que no vamos a llegar nunca a poder entender su sufrimiento.” Participante4

Así, con la construcción de “mujer blanca” que hacen las usuarias y el imaginario que construyen en torno a ello, colocan a las profesionales en una “otredad” que impide que comprendan sus vivencias. Caminando Fronteras (2020) explica que ese imaginario y construcción negativa hacia las profesionales se construye a lo largo de su proceso migratorio, durante el cual se han topado con profesionales que portan esas mismas marcas físicas (blanquitud, pertenecer a instituciones del estado...) y que han ejercido malas prácticas. Todo este proceso lo explica Achotegui (2007) cuando declara que la percepción del profesional se elabora desde la construcción social en donde agrupa a las personas que están dentro del sistema y las homogeneiza.

En oposición a las transferencias negativas está la idealización hacia las profesionales y las técnicas occidentales. Según la Participante2, esta idealización se sustenta por el imaginario de blanca salvadora. Achotegui y Jayme (2016) lo complementan indicando que se da por una indefensión aprendida adquirida y su consecuente baja autoestima y sumisión. Estas transferencias también resultan negativas, puesto que en caso de no obtener mejoras se culpan del “fracaso” terapéutico y abandonan el tratamiento (Achotegui, 2007). La Participante3, plantea la importancia de gestionar las transferencias y utilizarlas como elemento a favor en la relación y atención terapéutica.

“a veces ni siquiera sé si influye para mal eh, o sea creo que hay mujeres que no quieren trabajar con mujeres de su misma comunidad o trabajar porque se han sentido muy dañadas ¿no? Entonces si sabe jugar bien tu rol y no desde el poder, desde la imposición, creo que te puede otorgar cierta neutralidad que le permita sentir que cuentas cosas como le da la gana y si hay algo que te la quiere colar te la va a colar, porque como tú no eres de allí no vas a discutirsele ¿no? Entonces, bueno, puedes hacer de alguna manera que juegue a tu favor, pero claramente influye. Esa transferencia está, solo que dependiendo de la persona pues tienes que intentar ver cómo influye para revertirla o para jugar en contra.” Participante3

Finalmente señalar que la **inestabilidad** vital de estas mujeres implica un vaivén en el proceso terapéutico. La realidad expuesta por la Participante2, que ejerce en Marruecos con mujeres que están en tránsito, muestra la fragilidad de la continuidad del proceso terapéutico: “Y luego otras dificultades que tenemos es que ellas se mueven mucho, ya sea por decisión propia o porque son... la policía las traslada forzosamente.”

Con inestabilidad también hacen referencia a la imposibilidad o dificultad de atender en un espacio concreto, con horarios específicos, citas inamovibles etc.

“por ejemplo es muy difícil marcarse unos horarios, porque nosotras nos marcamos nuestros horarios, nuestras agendas y luego ellas pues hacen lo que quieren con eso; entonces eso es otra dificultad pero bueno, también aprender a lidiar un poco con eso.” Participante2

La dificultad de atender en estas condiciones es en parte por la formación que recibimos las profesionales respecto a cómo debe ser el marco de la atención, siendo este en un espacio, horarios, calendario etc. Si bien esto también es herencia del pensamiento y funcionamiento europeo-occidental sobre el que se construyen los dispositivos, este *modus operandi* se aleja de la realidad de estas mujeres. Por tanto, una vez más, queda expuesto cómo los dispositivos e intervenciones no están adaptados a las circunstancias ni necesidades de estas mujeres, sino que se espera que ellas se adapten a los mismos.

2.4 Obstáculos en la relación terapéutica

La relación terapéutica también se ve afectada por elementos como el hermetismo de las usuarias, la relación jerárquica, la barrera del lenguaje, y la búsqueda del equilibrio entre apoyar y autocuidarse.

Las participantes afirman que el **hermetismo** implica que sean inaccesibles y haya una dificultad para que se expresen. Ante ello la Participante3 expone:

“el impacto es muy profundo, es muy íntimo y entonces muchas veces vienen como acorazadas en el sentido de que no es un impacto muy visible o muy evidente porque como es tan profundo pues hay una brecha para mostrarlo.” Participante3

Aquí, se puede observar cómo los impactos de las violencias tienen una mella personal tan grande que muchas veces las mujeres construyen una coraza. Sin embargo, esta coraza invisibiliza esos mismos impactos, por lo que resulta complicado detectarlos y por tanto no se tienen en cuenta en la intervención.

Además de ellos, tomando como base Tyszler (2018), que afirma que ante situaciones de vulnerabilidad las mujeres desarrollan estrategia de supervivencia, este hermetismo resulta ser una estrategia para protegerse de revivir historias dolorosas y su correspondiente sufrimiento. Por tanto, el impacto de las violencias vividas genera en ellas una coraza que las hace muy evitativas e inaccesibles; inaccesibles para atenderles, generar vínculos, conocer historia de vida y trabajar aspectos de esta, detectar necesidades...

Respecto a la **relación jerárquica**, cabe señalar que si bien dentro de los propios talleres o atención terapéutica la intervención puede ser más participativa; el funcionamiento y organigrama de los dispositivos colocan a las psicólogas en una posición de superioridad frente a las usuarias. Es decir, el hecho de que hagan de bisagra entre las exigencias del sistema y las necesidades de las usuarias, junto con que (en cierta medida) el devenir del futuro de las usuarias puede depender de los resultados y del proceso terapéutico; puede modificar la visión de ellas hacia las profesionales y la relación que desean establecer con estas. Respecto a cómo la relación de la psicóloga puede estar condicionada por la obtención de beneficios o de perjuicios, la Participante1 señala:

“a veces pues es difícil ¿no? porque la confianza... piensan que depende de lo que digan pues le van a devolver a su hijo o no, pues imagínate.” Participante1

La Participante3 enriquece el análisis de esta cuestión señalando que la asociación que se hace de ellas con el entramado de la institución también influye:

“depende de dónde estés yo creo que muchos prejuicios en quién eres tú respecto a la institución y en esto hay que tener como mucho cuidado, no tanto a tu rol terapéutico sino a ti en relación con los educadores, a ti en relación a los beneficios, en fin que

esto yo sí que lo noto. Cuando estaba en instituciones me era más difícil, me era difícil generar determinados vínculos o respetar el espacio terapéutico en sí misma.”

Lo que expone la Participante3 a continuación, muestra que construir una relación de la que no dependan aspectos vitales de la usuaria es complicado. Entonces, ante esta cuestión las psicólogas se encuentran una vez más sin salida aparente.

“Pero claro yo es que no tengo nada a cambio, con lo cual mi rol es muy muy fácil, o sea de mí no depende que te haga informes a favor, de mí no depende que te den el asilo, de mí no depende que te echen del recurso, de mí no depende que tomes medicación... de mí no depende nada, con lo cual tengo el escenario perfecto para construir una relación participativa, libre y flexible.” Participante3

Por tanto el grado de dirección que marcan las instituciones y que adoptan las profesionales dificulta establecer una relación lo más horizontal posible, y hace que el control y poder sobre las usuarias sea mayor (Toribio, 2010). Al mismo tiempo, estas relaciones de poder marcan la anteriormente denominada *gubernamentalidad* (Galaz y Montengro, 2015).

Otra de las cuestiones que todas las participantes indican que dificulta la relación terapéutica es el **lenguaje**. Dentro del lenguaje se haya la barrera idiomática, la cual entorpece el proceso terapéutico.

“Evidentemente el idioma es una barrera muy grande porque muchas hablan francés y vale, no tenemos problema. Las que hablan inglés, muchas un inglés más pidgin que yo no me entero muchas veces, entonces es muy complicado” Participante2

Como solución a esta realidad, varias de ellas plantean la presencia de un intérprete o traductor. Aunque afirman que ha resultado una herramienta facilitadora, en ocasiones su presencia puede interrumpir el ambiente terapéutico, bien porque las usuarias no se sientan cómodas con su presencia o porque estos no tienen herramientas para gestionarse o gestionar la situación cuando el espacio terapéutico contiene mucha emocionalidad.

Con lenguaje no sólo se refieren al idioma, sino que también hacen referencia al lenguaje no verbal y a las limitaciones que pueden suponer desconocer los diferentes códigos culturales.

“[Siendo preguntada por dificultades] durante la atención pues a veces lo no verbal. [...]el no presuponer cómo está por su lenguaje no verbal es muy difícil. Entonces, por el tono de voz te parece que está enfadada y que no es que esté enfadada, ¿sabes? Es que expresa así, con vehemencia sus cosas. O que está cerrada, o creo que es un bloqueo, o sea puede ser un freno importante las diferentes maneras del lenguaje no verbal y cómo interpretamos eso los terapeutas y desde ahí... [...] que a veces es mucho más lo que te expresan con el cuerpo que con palabras.” Participante1

“Creo que el cuerpo dice mucho. Creo que hay que ser muy muy muy muy muy perceptivas a la hora de interpretar los silencios; probablemente dicen mucho más que las palabras” Participante3

Aunque el lenguaje no verbal está estrechamente ligado a la cultura de cada una, los estereotipos que se tienen hacia las usuarias afectan en la interpretación y valoración que se hace de su lenguaje. Por ello, para evitar que esta cuestión suponga un obstáculo, es necesario que las profesionales sean conscientes de sus prejuicios y, además, no

presupongan significados en base a sus propios esquemas mentales en vez de los de las usuarias.

En esta línea, las participantes también hacen hincapié en la importancia de buscar símbolos que tengan significado para la persona. Ante esto la Participante3 afirma que: “Si tú no eres capaz de establecer símbolos que para la otra persona tengan significado, no vas a conseguir que lo integren. Entonces no es tanto la palabra como lenguaje sino la brecha para establecer símbolos significativos o con significado para la otra persona.” Desde esta perspectiva, especifica la labor del intérprete y mediador diciendo: “yo trabajaría con un mediador, con una mediadora, con un sanador, con una sanadora todo el rato, pero no para que me tradujese el lenguaje sino para que me traduzca la expresión cultural de lo que estamos hablando.” Resulta interesante cómo el ampliar las labores de un intérprete puede aportar a la atención psicológica una perspectiva transcultural de la que pudiera carecer en un inicio, al mismo tiempo que su labor no estaría limitada a la mera traducción ni interrumpiría el clima terapéutico, sino que por el contrario permitiría enriquecerlo.

Aunque se afirma que la persona es quien debe dar sentido a sus síntomas (Sánchez, 2015) y se deben construir los significados en base a diálogos interculturales (Montenegro, 2001), esta cuestión se complica por varios aspectos. En primer lugar, llevar a cabo estos diálogos implican una mayor inversión de tiempo y ralentizan el proceso terapéutico; el cual está atado a unos tiempos a los que hay que ajustarse. Así, los tiempos marcados dificultan que se den estos diálogos. La Participante1 señala:

“todos los códigos que me pierdo [...] o sea no presuponer lo que significa para la otra persona ciertas cosas. Entonces en general se va mucho más lento, porque hay cosas que hay que meta comunicar.” Participante1

Por otro lado, interpretar los problemas o trastornos desde el marco de las usuarias requiere un proceso de deconstrucción, autoconciencia y formación intercultural por parte de las profesionales, proceso que al mismo tiempo demanda unos tiempos y fuerzas de las que no siempre disponen.

Finalmente otra cuestión que dificulta la relación terapéutica es el choque que experimentan las profesionales entre **tener una relación cercana y el establecer límites** para autocuidarse.

Como se ha apuntado anteriormente, el apoyo (tanto de las profesionales como de la sociedad) es importante y una de las necesidades que se detectan. No obstante, el modelo de intervención hegemónico que se plantea actualmente se caracteriza por cierta neutralidad y distancia emocional o de vínculos. Por lo que unos modelos de atención marcados por un apoyo estable y una cercanía pueden ser cuestionados y juzgados. No obstante, la Participante 2 defiende la necesidad o deber de ser un apoyo permanente:

“Pues es una relación que probablemente en España sería considerada poco profesional a veces, ¿no? Porque hay mucho contacto digamos así. [...] veo que para ellas lo que sí les sirve es el estar ahí. Entonces por ejemplo es una relación más estrecha en el sentido de que tenemos una línea abierta de que si alguna en algún momento tiene algún problema, le da una especie de... puede contactar conmigo. Mi WhatsApp está abierto. No pongo límites porque entiendo la situación en la que están y sé que ellas pues a lo mejor pues las echan de madrugada y tienen un problema y yo pues no tengo problema en atender esas llamadas, ¿sabes?” Participante2

Esta postura, va acorde con lo planteado por Achotegui (2007; 2016), quien defiende que la población inmigrante consta de características específicas que requieren de una *relación terapéutica extendida*, la cual consiste en flexibilizar la rigidez de los marcos de actuación, ir más allá de las cuestiones sanitarias y también atender las demandas de cuidado físico y protección.

Si bien el resto de participantes también defienden la necesidad e incluso inevitabilidad de establecer círculos cercanos, sí señalan la necesidad de establecer límites para cuidarse a una misma. Como señala la Participante4 estos límites consisten principalmente en la capacidad de desvincularse fuera del espacio/horario laboral de las problemáticas y de los vínculos con las usuarias.

“es difícil pues eso, no llevarse a casa un poco esas historias y todo eso. Cuando llevas mucho tiempo pues hay momentos en los que también se genera un estrés y un desgaste emocional, [...] al final pues te cuesta desvincularse muchas veces y eso también pues tiene una repercusiones de intervención.” Participante4

“Pues lo que te decía, prácticamente como viven allí y es un vínculo fuerte al final porque estás muy en contacto con ellas. Es difícil; pues por ejemplo ahora hay una chica que era de las trazas de trata que ha pedido ella un traslado a Barcelona etc. y nosotros hemos pedido eso al ministerio y nos lo han concedido; y esa chica lleva pues 6 meses [...]; entonces claro, ella antes de irse, se fue anoche a Barcelona, antes de irte pues te deja una carta preciosa, agradeciéndote... todo eso bien, pero entonces llega el momento en el que te pide el teléfono y yo no se lo quiero dar, no le quiero dar el teléfono porque al final necesito cuidarme necesito espacio con no estar vinculada todo el tiempo con el trabajo, pero es difícil, es difícil después de 6 meses de un contacto casi diario y una persona que se va fuera y de repente te pide el número de teléfono y no se lo das. Y es difícil para ella y para mí, entender por qué hay que poner esos límites, pero bueno, es difícil establecer los límites pero hay que hacerlo porque luego sino va a haber una repercusión en ti y en la persona, porque tú no puedes estar para esa persona siempre que ella lo necesite, entonces... Es difícil.” Participante4

Estas cuestiones reflejan la complejidad que atañe el modelo de la relación terapéutica extendida y la importancia de plantearla correctamente para evitar el efecto *burnout* en las profesionales.

3. Estrategias de intervención y metodologías que emplean las psicólogas en el ejercicio de la atención psicológica y psicosocial

En el tercer eje temático se detectan las estrategias que las psicóloga emplean para abordar las problemáticas y obstáculos anteriormente descritos. Estas estrategias son las siguientes.

3.1 Construir relación terapéutica.

Como Achotegui (2007) recoge, establecer un **vínculo terapéutico** adecuado es la base de una intervención fundada en la confianza y emocionalmente segura. Acorde con él, todas las entrevistadas señalan que el primer objetivo para asegurar una intervención exitosa, o al menos no fallida, es establecer vínculo. De este modo, las Participante3 y 4 afirman:

“probablemente el objetivo sea, 1) generar vínculo para poder escuchar y poder entender qué es lo que le pasa a la persona; y después probablemente todo lo demás vaya mucho más rodado. No sé, sí, creo que probablemente sería eso. Pero el vínculo creo que es lo más importante.”Participante3

“[busco] crear un vínculo porque bajo mi punto de vista el vínculo terapéutico en estos casos son el 90% del éxito de la intervención, [...], y si no hay vínculo en una terapia, sobre todo bajo mi punto de vista con mujeres subsaharianas, no van a venir y es normal si no vienen.”Participante4

Como indica la Participante1, esta estrategia se enfrenta al hermetismo fruto de las violencias vividas: “lo primero es establecer vínculo, que son personas pues que vienen por miedo, un temor fundado y su vida a estado en riesgo. Es decir, también nos tienen miedo.”, e indica que “para vincular es: cómo estás, qué necesitas aquí y ahora desde lo más práctico; y luego se va desgranando lo que ellas quieran, sobre cómo se...” Es decir, construyen este vínculo desde la escucha y el apoyo. Para vincular Sayed-Ahmad (2010) añade que, conociendo el alto nivel de abandono de esta población, es necesario dedicar tiempo. Por tanto, esta estrategia podría considerarse el cimiento para empezar a intervenir y en la que invertir tiempo y dedicación.

Las entrevistadas también aseguran que la **escucha activa, el apoyo o la confidencialidad** son estrategias de intervención per se y no sólo herramientas para establecer vínculos. Como indican Martín (2007) y Sánchez (2015), con esta población las intervenciones deben alejarse de la imparcialidad del modelo de intervención hegemónico y deben mostrar respeto, proximidad y aceptación. Las Participantes1 y 2 inciden en estas cuestiones afirmando:

“el trabajo que hacemos, para serte sincera Águeda, es más de mucha escucha y mucho apoyo [...], entonces el encontrar a alguien en quien pueda confiar y poder depositar todo lo que tú piensas, tus miedos, tus sueños y tal... es como yo creo el mejor trabajo que podemos hacer con ellas porque no se puede, yo por lo menos no he descubierto una técnica mejor que esa, la verdad. [...], el mejor trabajo que se puede hacer es la escucha activa y el estar ahí.”Participante2

“agradecen mucho que sea un espacio confidencial, porque culturalmente no están acostumbradas, Entonces eso en general es como *por fin soy importante; alguien me cree; esto que yo digo tiene valor...*”Participante1

El valor que otorgan a estas cuestiones puede darse por el choque existente entre ser relegadas a un rol social marginado e invisibilizado durante el proceso migratorio y el ser escuchadas activamente convirtiéndose en el centro de la atención. Estas estrategias pueden cumplir una función de compensación reconfortante y agenciadora para estas mujeres, a través de las cuales se trabajan y recomponen las consecuencias psicológicas y psioemocionales del proceso migratorio como la indefensión aprendida o el descenso de su autoestima y/o autoconcepto

A pesar de que esta sea la intencionalidad, las profesionales seguimos estando cargadas de sesgos que pueden disrumpir estas estrategias. Ante esto, la Participante3 señala:

“hay que tener mucho cuidado para no acabar por una cuestión práctica perpetuando los poderes patriarcales y coloniales porque es muy fácil que acabes cayendo en *“bueno venga pero coge este trabajo y tal no sé qué”* y saber que esto tiene un impacto terapéutico.”

Por ello, las profesionales deben ser conscientes y estar atentas a sus sesgos para evitar violentarlas, para evitar que en el espacio terapéutico sientan el rechazo, racismo o machismo que reciben en otros espacios, y que verdaderamente sea un espacio seguro.

Finalmente, aluden a la importancia de **adecuar la intervención a los ritmos** de las mujeres. Si bien el respeto de esos ritmos suele ser costoso para las profesionales porque deben responder a los tiempos y exigencias del sistema, también tratan de encontrar espacios de fuga para no perpetuar la violencia sistémica ni revictimizar. Así, las Participantes1 y 4 exponen algunas de sus estrategias para no revictimizar ni agraviar el dolor:

“si en atención a psico ha salido mucho de la historia de asilo que no ha salido en las entrevistas jurídicas, se le pide permiso a la mujer para trasladar esa información a la abogada y no revictimizar, es decir, *“mira, yo le paso y así no tienes que contar”* y si no pues *“ella te citará para preguntarte cuatro detalles pero no tienes que volver a soltar todo esto”* [...]; si la persona quiere, también se le acompaña, entonces está la psico en la entrevista con jurídico y se va como adecuando el ritmo.”Participante1

“[la mujer no estaba preparada para la entrevista de asilo] Entonces respetar los ritmos significa que hice un informe justificando su silencio, justificando por qué no podía hablar en ese momento; el abogado también metió mucha información del país sobre la información que tenía etc., y bueno fue a firmar pero no ha hablado con el policía porque no estaba preparada. Entonces eso es algo que hay que tener muy muy muy en cuenta ¿no?”Participante4

Se observa la importancia de trabajar en equipo de manera interdisciplinar, ya que el acceso a información de otros campos permite no revictimizar y acompañar a la persona desde una perspectiva holística.

3.2 Colocar la mirada desde “la otredad”

Para evitar imponer modelos, significados o interpretaciones autóctonas durante la intervención, las profesionales deben comprender la historia de vida de las mujeres desde su marco cultural y contextual; es decir, deben regirse por el significado que otorgan las mujeres a sus historias de vida (Martín, 2007; Martínez y Martínez, 2018). Desde aquí, la Participante4 indica que intenta adquirir un enfoque más transcultural:

“Entonces es un poco eso, conocer de dónde vienen y porque viene y para qué viene y acompañar en ese proceso es resignificar [...]. Qué busco... Conocer a la persona, saber quién es esa persona que tengo delante, de dónde viene, cómo le han afectado las cosas que han vivido”Participante4

Más allá de **resignificar su historia de vida**, para no dar por supuesto en base a sus concepciones, las profesionales tratan de conocer el significado que otorgan a sus problemáticas, cómo y desde qué marco cultural las interpretan, y en función de ello, desde qué códigos culturales se comportan e incluso enferman. Acorde con Montenegro

(2001) y Pérez (2004), el enfermar es culturalmente dependiente, por lo que la praxis anteriormente expuesta permite que la interpretación de los síntomas, su posterior diagnosticación y la atención terapéutica resulten más adecuadas desde un enfoque transcultural.

Las estrategias que emplean para **comprender y respetar sus códigos y significados culturales** se basan en construir espacios de diálogo en donde la persona da sentido a sus problemáticas. Estos espacios se rigen bajo el desconocimiento cultural de las profesionales, por ello, constan de una metacomunicación y preguntarse constante. En este sentido, exponen:

“En el caso de la transculturalidad, probablemente reconociendo mi ignorancia, es decir, poniendo encima de la mesa mi condición de blanca-europea y mi mirada etnocéntrica y por lo tanto dándole todo el rato a la persona la oportunidad de corregirme en el planteamiento que esté haciendo porque yo no esté interpretando bien qué le está pasando. [...]. Y luego preguntando mucho los significados de las cosas: *pues he soñado que me arrancaba el corazón un águila*; bueno pues qué significa el águila, qué significa el corazón, qué significa que un águila te... y no ceñirme a lo que yo entendería que es que no sé qué no sé cuántos.”Participante3

A su vez, la Participante1, hace alusión al ajuste ente los diferentes códigos culturales ligados al lenguaje no verbal y el respeto que se da en este proceso:

“Y la perspectiva transcultural, bueno, eso intentando ser respetuosa con códigos culturales de mirada, hacia dónde miras y estas cosas, ¿no? Riéndonos de nuestros propios códigos culturales también y como meta-comunicarnos mucho; decir “mira, es que no sé si estás pensando en la compra que vas a hacer después o no me miras porque no sé qué...” o “mira, es que yo pensaba que...” no sé, es como poniendo encima qué me causa a mí cómo tú haces o qué te puede causar a ti; o igual preguntando “es que igual soy demasiado invasiva si te miro así” o preguntando si una persona está llorando si me puedo acercar, si le puedo tocar... Como siendo respetuosa con las distancias y tal; y como preguntar o ir poco a poco, o si crees que o te das cuenta de que has ido muy rápida o lo que sea disculparte, o intentar reparar, ¿no?”Participante 1

Adquirir este enfoque transcultural permite al mismo tiempo disminuir la relación jerárquica entre usuaria y profesional. Al aterrizar ambas el conocimiento científico a la práctica y realidad, el grado de participación de las pacientes aumenta y el control y poder de las profesionales decrece. A su vez, esto desmitifica el papel de la profesional como blanca salvadora que todo lo sabe.

Finalmente, para intervenir incorporando la cosmovisión de las mujeres desde el enfoque transcultural, las participantes señalan la necesidad de combinar las herramientas de sanación que poseen las mujeres con la mirada clínica que posee la profesional.

“darles como más voz respecto a las herramientas de sanación o a lo que necesitarían a nivel de sanación; sin olvidar la parte clínica, es decir, que esto siempre lo digo, los psicóticos africanos también existen, las psicóticas también existen. [...]. Entonces bueno pues asumir que también a veces nuestro conocimiento puede ponerse al

servicio de su sufrimiento y por lo tanto que puedo utilizar mis técnicas tranquilamente.”Participante3

“por ejemplo con alguna mujer somalí que venía en una situación muy difícil, pues lo que hacíamos cuando tenía las crisis era buscar a un compañero que es traductor cultural y leerle el Corán ¿no?, y con eso pues se relajaban y conseguían un poco volver a reestablecerse o una vez también le echamos una botella de aceite encima a una mujer también con una crisis porque su compañera nos dijo que eso es lo que lleva haciendo toda la vida... O sea, es decir, que al final, hay que reconocer un poco qué conceptos tienen ellos sobre la salud y sobre las herramientas que pueden a ellas ayudarles a reestablecerse porque bueno, porque por ejemplo esas crisis disociativas una vez que pasan hay que analizar de dónde vienen ¿no?”Participante4

En la misma línea de leer el Corán, hacen especial hincapié en trabajar a través de la espiritualidad.

“para mí un eje de la intervención es la espiritualidad; yo no creo en dios pero me parece que es muy importante. O sea creo que influye ineludiblemente y la única manera de amortiguarlo es alineándome con tus valores y con tu lectura de la realidad, entonces creo que lo único que puedes es ser muy humilde y muy honesta.”Participante 3

“ayudarles también a conectar su espiritualidad con grupos de por ejemplo en temas del Islam y LGTBIQ+, pues ahí hay muchos grupos de trabajo así... Pues intentar que esas personas se acerquen también a esos puntos, a esos lugares para intentar entender mejor, o sentirse mejor o más acompañado.” Participante 4

Todo este proceso de significación lleva a las profesionales a normalizar los síntomas y no patologizar los procesos de adaptación ni las reacciones de las mujeres, ya que, parafraseando a Achotegui (2009), son síntomas normales ante situaciones anormales. Asimismo, las profesionales indican que entienden el Duelo Migratorio y el Síndrome de Ulises como un marco comprensivo que les permite identificar elementos y comprender la magnitud y particularidades de sus vivencias. Así, expone la Participante :

“el duelo migratorio, que evidentemente, está bien articulado como lo articula Achotegui de los 7 duelos y tal, pero siempre intentamos ir un poco más allá de la violencia subjetiva de la persona y tener en cuenta cuáles son los factores pues digamos psicosociales, de raza y de origen que atraviesan la historia de esa misma persona. [...] Entonces el analizar también transversalmente qué opresiones recorren la vida de la persona para entender un poco cuál es su estado psicológico o entender por qué actúa como actúa sin intentar patologizar las reacciones que nos parecen como más llamativas digamos. O sea, como marco comprensivo más que como marco de diagnóstico.”

Desde esta perspectiva, las Participantes 1 y 4 se oponen a comprenderlo como un marco de diagnóstico que puede resultar patologizante.

“El Síndrome de Ulises desde lo mismo, [...] no lo hacemos desde categorías diagnósticas sino desde la persona cómo está en cada momento [...] intentamos

adaptarnos más a cómo está la persona y cómo va a ser la adherencia al tratamiento más que a categorías diagnósticas.”Participante1

“nos permite trabajar de un enfoque de resiliencia y desde un enfoque de no patologizar, es decir, es normal todo eso que pasa, es un proceso y no tiene por qué ser un trastorno ¿no?, no tiene por qué tener un diagnóstico más específico no tiene por qué ser TEPT.”Participante4

3.3 Proceso adaptativo y aculturativo

El proceso de adaptación implica un proceso de integración e intercambio cultural denominado *aculturación*. Para gestionar este proceso las culturas minoritarias y mayoritarias desarrollan diferentes estrategias, las cuales pueden ir desde una asimilación y exclusión hasta una integración e interculturalidad (SayedAhmad, 2010; 2013). Respecto a qué estrategias se utilizan en la intervención existen diferencias entre las participantes, así, la Participante 3 señala:

“Trabajamos mucho también el tema de la intervención con la madres para pautas educativas, entre comillas, con los menores, porque a veces tienen muchas dificultades incluso públicamente hablando, ¿no? Bueno, pues que en el coles nos llaman que a lo mejor el niño no va bien vestido... ¿sabes? Entonces hay que trabajar un poco también la adaptación en ese sentido a las formas de buscar en España, que no hay mejor ni peor, pero es diferente y tienen que entenderlo para no meterse en líos entre otras cosas”Participante 4

A pesar de que no jerarquiza explícitamente una cultura sobre la otra, esta praxis tiene un enfoque asimilacionista puesto que la persona inmigrante debe abandonar, o al menos ocultar del espacio público, sus sistemas culturales para lograr una correcta adaptación y evitar ser excluida socialmente. Si bien este modelo de intervención se plantea (desde una mirada colonial y paternalista) como una estrategia protectora para la persona, en realidad opera bajo la lógica de que las culturas de las mujeres africanas (y en este caso concreto su modelo de crianza) no son asimilables por el grupo mayoritario, por lo que ellas son quienes deben cambiar.

La intervención psicosocial busca dar solución a problemas sociales. Para ello, las metodologías empleadas deben ser desde el respeto a la dignidad, cultura y capacidad de la persona (Martínez y Martínez, 2018). Sin embargo, este modelo de intervención, no sólo no respeta sino que oprime y genera problemáticas en una parte importante de la sociedad. Por ello, el que esté normalizado y sea hegemónico hace cuestionarse desde donde y para qué se crea el constructo de problema social. Galaz y Montenegro (2015); Montenegro (2001), dan respuesta enunciando que la intervención psicosocial es una forma de gubernamentalidad que legitima inmiscuirse y modificar vidas ajenas y elementos *desadaptados* para que sean funcionales al sistema.

La Participante3 se opone a esta postura, denuncia el modelo asimilacionista que prevalece en las intervenciones y propone alternativas que fomentan una estrategia más intercultural:

“la adaptación está muy mal trabajada. [...] luego realmente la responsabilidad siempre acaba recayendo sobre la persona migrante a la cual de manera última le

estamos pidiendo que se parezca mucho a la sociedad de acogida, [...] y yo creo que la adaptación es un mosaico de renunciaciones [...]; y en general todos los acompañamientos abordan la adaptación como un progreso en la persona para poder sentir más parte del contexto acogido y yo creo que ahí lo que estamos es exterminando identidades y que lo prioritario sería cómo consigo que una mujer vaya vestida con su ropa tradicional, consiga un trabajo así y podamos ayudarla a tener habilidades para explicarle a su jefe por qué va así vestida, y no convencerla de por qué tiene que ponerse unos vaqueros.”Participante 1

Esta estrategia implica que los programas se adapten culturalmente y no viceversa. Ello requiere un proceso de decolonialidad por parte de las profesionales, la estructura de funcionamiento de los dispositivos y de la sociedad de acogida en general. Por ello, este modelo de intervención consta de y requiere un tinte sociopolítico que, como señalan Sánchez y Martínez (2018), busque la transformación sociocultural y persiga una justicia social.

3.4 Metodologías participativas y grupales.

Para que se dé un proceso adaptativo adecuado el sentimiento de pertenencia es un elemento clave (Sayed-Ahmad, 2008). Por ello, las profesionales buscan generar espacios en donde las mujeres puedan **tejer redes** a través del ocio:

“Bueno, se trabaja mucho por el ocio, por intentar que a través del ocio las personas tengan redes y salgan de casa y evitar el aislamiento. También a estas personas con menos o más dificultad para tener redes de les sigue especialmente y la técnica de ocio a las reuniones de casos, que también conoce un poco los esto como insistir especialmente y rescatar digamos a esa persona, o invitarla específicamente. [...] O yo que sé, por ejemplo tenemos un acuerdo con una escuela de yoga, entonces todas las personas que quieran pueden ir los viernes a yoga, pues ahí se juntan todo tipo de personas también. O hay un club de montes [...] bueno hay salidas al monte.”Participante1

Además, consideran necesario vincular con otras entidades que puedan cubrir sus necesidades asociativas más allá del propio dispositivo. Así, la Participante4 afirma lo necesario que “es conocer al dedillo la red asociativa de nuestro entorno para conseguir que las mujeres puedan también, si quieren, asociarse con otros grupos de mujeres y de mujeres pues que vengan de su país de origen, si quieren. Que hayan vivido experiencias similares...”

Estas, pueden considerarse prácticas preventivas, puesto que como Sayed-Ahmad (2008) comenta, el apoyo social es un elemento protector ante la aparición de alteraciones psicológicas asociados al estrés, duelo, alteración de la identidad...

Si bien los aspectos positivos de la atención individualizada ya se han señalado (sentirse escuchadas, legitimadas...), otra de las metodologías que señalan positivamente es **trabajar en grupos**. Como señalan las participantes, esta estrategia permite que a través de un aprendizaje vicario/espejo algunas de las usuarias nuevas aprendan dinámicas y comportamientos de otras más veteranas; las tengan como referente a la hora de relacionarse y como consecuencia pierdan la desconfianza hacia las profesionales...:

“y luego si no quiere nada [individual] se le va invitando siempre a los talleres grupales que hacemos [...]. Y a raíz, para muchas subsaharianas, a raíz de estos grupos, porque al principio no se ven en individual, o de estos talleres grupales, pues han accedido al servicio a nivel individual.” Participante 1

“las intentamos ir involucrando [a actividades del centro] también para una familiaridad con ellas y que ellas se sientan más tranquilas y rompiendo esas barreras culturales. También a ellas les ayuda mucho cuando alguien nuevo llega y ve cómo te relacionas de forma muy cercana a otra mujer y esa mujer está muy cómoda contigo pues eso le hace que ella se relaje ¿no?” Participante 2

Como se observa, esta metodología facilita romper con el obstáculo de acceder a la psicóloga y de establecer más fácilmente un vínculo terapéutico basado en la confianza. Al mismo tiempo, trabajar grupalmente les da legitimidad de participación y las dota de agencia; cuestiones que pueden extrapolarse a otros espacios de su vida:

“Y a nivel grupal, yo creo que validar diferentes maneras de participar. [...] validar que cada una participa como quiere y que puedes estar sólo escuchando si así lo deseas [...]. Entonces también, que tengan también la experiencia en grupo de ser protagonista y de que el foco vaya a ellas también..” Participante 1

Otra manera de **darles agencia**, es que sean partícipes del proceso terapéutico. Las estrategias que la Participante 4 emplea son: “desde el principio con unas preguntas muy básicas *¿Qué necesitas? ¿En qué puedo ayudarte?* Pedir permiso. Es decir, *he pensado que esto podría ser interesante que lo habláramos, ¿te gustaría hablarlo conmigo? ¿puedo preguntarte sobre este tema?* “

Con estas preguntas y el fomento de la participación, como Martínez y Martínez (2018) y Sánchez y Martínez (2018) señalan, se pretende que haya un empoderamiento psicológico a través del cual retomen el control de sus vidas, marquen sus metas y estrategias para alcanzarlas y solucionar problemáticas etc.

Debido a obstáculos como el idioma y/o las necesidades de romper con el modelo hegemónico de intervención e incorporar una **perspectiva transcultural**, las participantes incorporan en la atención elementos no verbales y artísticos como son la representación con muñecos o el dibujo, los cuales según las Participantes 1 y 2 ayudan a externalizar y aliviar.

“Con personas que no se manejan tanto verbalmente, que suelen ser las subsaharianas yo utilizo bastante caja de arena, y muñecos, o figuritas o los Playmobil... un poco para externalizar, sacar fuera, o representar. Dibujo, relajación...” Participante 1

“una de las formas que podemos utilizar pues son elementos más de arte, ya sea escribiendo, dibujando... pues también busco elementos que pueden hacer que ayuden a esta mujer o que le alivie.” Participante 2

Otro elemento a incluir es la corporalidad y la utilización del cuerpo. Además de aliviar mediante los talleres de relajación que indica la Participante 1, la Participante 4 añade que a través de ello se puede abordar la somatización de las dolencias e indagar el origen de las mismas:

“del tema del cuerpo pues trabajamos mucho desde, no sé si has escuchado hablar de la terapia sensomotriz que trabaja mucho el tema de ubicar al final dónde está el dolor y de alguna manera simbólica sacarlo y físicamente movernos por la sala y hacer algo con eso que emos encontrado que está en nuestro cuerpo”Participante4

Otra cuestión que subrayan es el uso de terapias narrativas, que permite que las usuarias hagan el proceso de resignificación de sus vivencias, historia de vida etc. sin ser supeditadas al poder de la profesional. La Participante4 lo expresa diciendo:

“el tema de la resignificación, trabajo mucho el tema de la historia de vida, de hacer un dibujo porque muchos el tema de si no han estado escolarizadas pues muchas no pueden escribir ¿no?, entonces hacemos mucho el tema de la historia de vida con dibujitos ¿no? [...] Luego conocer mucho la historia también, el genograma familiar. [...] terapia de exposición narrativa”Participante4.

Respecto a la necesidad de adquirir conocimiento de la otra cultura y acorde con Martín (2007) y Pérez (2004), que advierten que hay que entender los problemas individuales incluyendo el contexto cultural y la familia, las participantes afirman que debe haber una prevalencia de la perspectiva comunitaria sobre la individualista:

“no hay un yo tan claro como en otras culturas [...]. Es gracioso, mi compañera de empleo pregunta “¿y qué capacidades crees que tienen?” y no saben qué decirte. Es que esto es un rollo de blancos... O sea, capacidades, “¿Pues qué se te da bien hacer?” o siempre es desde el qué se hacer, no del cómo soy yo. Esta visión que tenemos aquí y el ombliguismo pues en general... Pues si vas a qué se me da bien hacer pues normalmente sí, o porque “¿qué dicen de ti en la familia?”... Entonces a veces hay que andar con esas estrategias ¿no? “¿Si yo le preguntara a tu madre, a tu hermana tal, qué me dirían de ti?” Porque culturalmente para muchas está mal visto hablar bien de una misma, es como un orgullo que no tiene sentido.”Participante1

Por tanto, al provenir de sociedades más colectivistas en donde el individuo tiene menos sentido, es necesario utilizar su mapa ecológico para adecuar la intervención. Como declaran Aranda,(2018) y Hauser (2013), estas metodologías permiten integrar las culturas, necesidades y problemáticas de estas mujeres de manera no verbal. De todos modos, cabe señalar que es la profesional quien debe deconstruirse, evitar que sus sesgos culturales afecten a la intervención y promover este espacio intercultural en donde se fortalezca a la mujer.

4. Retos de la atención psicológica y psicosocial desde una mirada transcultural

En este último eje temático se exponen los retos que tiene psicología para intervenir desde una mirada transcultural.

4.1 Salir de la psicología ortodoxa: Más psicología psicosocial y menos individualismo clínico.

A lo largo de la narrativa se muestra un deseo recurrente de **politizar** la psicología y alejarla de una individualidad que culpa al individuo de sus problemáticas sin comprender

que estas son fruto del sistema político patriarcal y colonial. La Participante1 critica este modelo individualista y culpabilizador enunciando:

“ampliar más la mirada hacia algo más psicosocial y más desde los derechos humanos, es decir, no hablar sólo del impacto de a ti como persona, sino en qué sistemas de opresión te has movido y te mueves que han impactado en ti. Porque si no, tenemos un modelo muy culpabilizador, que tú no parece que tienes los recursos para estar bien. Jode pero mira lo que está sometida esa persona y ¿no? Nos falta como este análisis como un poquito más allá.”Participante1

Cabe señalar que de por sí ya comprenden la atención psicológica como una actividad política puesto que para ellas el ejercicio de reparar el daño, resaltar las fortalezas y capacidades de afrontamiento, y reconocer su dignidad son actos políticos. Es decir, al fortalecer la agencia de las mujeres, se facilita que sean agentes y cuerpos en resistencia y de cambio. Así lo expresa la Participante3:

“Reparar el daño de las violencias acumuladas y reconocer y darles el valor que tienen a las mujeres, es como un poco político más que psicológico, pero creo que la atención a la mujer es política y creo que la psicología tiene que dejar la clínica y coger la política para poder reparar el daño de las mujeres.”Participante3

Adquirir un tinte sociopolítico implica **colectivizar** las problemáticas, los cuidados y por tanto también la psicología. Ante ello, la Participante1 expresa: “muchas personas pueden ser agentes de ayuda, no sólo las personas psicólogas”. En esta misma línea, la Participante3 cree que: “[la terapia psicológica] es lo último de las cosas que necesita la persona, o sea necesitas muchas antes y al final acabas en el psicólogo porque no has conseguido encontrar las herramientas de afrontamiento con todo el resto de herramientas [...]. O sea hay quién verdaderamente necesitaba esa atención muy especializada y el resto pues yo creo que al final es política y es corresponsabilizarnos entre todos.”

Esta cuestión plantea el reto de “hacer salud mental, hacer procesos reparadores, hacer procesos de sanación que no pendulen de una terapia psicológica”Participante3. Para ello, esta misma participante propone reconquistar las calles y salir de la comodidad sin perder los espacios terapéuticos. No obstante, la participación y colectividad están fuera de nuestro marco cultural, por lo que supone un verdadero reto.

Además, el colectivizar implica hacer una construcción colectiva de cuestiones comunes que nos interpelan a todas. Es decir, como plantea la Participante3, se deben interculturalizar las problemáticas “en el sentido de que yo creo que hay muchas mujeres que se ven atravesadas por violencias muy similares a las mujeres migrantes y entonces hablar de mujeres en general y no señalarlas tanto a ellas.”

Todos estos procesos implican alejarse de un individualismo clínico y buscar descuantificarse. Así, la Participante3 expone los distintos retos (humanizar, desresponsabilizar, colectivizar y liberar):

“Creo que tiene que darle valor a lo subjetivo, a lo cualitativo y a lo impredecible. Creo que tiene que ganar la batalla el constructivismo y lo humanista. Creo que tiene que desresponsabilizar al individuo de sus procesos psicológicos y [...] tiene que colocarse en lo comunitario; y al final el sufrimiento no es tuyo sino que es de todos, [...] Entonces

creo que la psicología tiene que renunciar un poco al control y a lo predecible. Creo que quiere ser predecible, quiere predecir el futuro y eso al final obliga a la gente a responder a lo predecible, y por lo tanto le resta libertades.”Participante 3

Esta perspectiva más social, política y colectiva de la psicología permite contextualizar en espacio-tiempo la salud mental, es decir, desde una *perspectiva situada* (Montenegro, 2001). Esto facilitaría responsabilizar desde lo social y colectivo las problemáticas y alteraciones de la salud mental. Sin embargo, la realidad difiere y el marco comprensivo de la salud mental sigue siendo rígido, occidentalizado e individualista. Este modelo, como consecuencia, fomenta la diagnosticación como comprensión estática de la enfermedad/problemática (Achotegui, 2017). Por ello, la Participante 4 defiende **no diagnosticar ni etiquetar** como forma de resistir y de construir esa perspectiva situada:

“Pues por ejemplo no etiquetar. Por ejemplo no poner diagnósticos. Creo que es una forma de resistir un poco al sistema, porque luego la... Por ejemplo no diagnosticar creo que es una forma de resistencia no?, como psicólogas nos piden muchos diagnósticos, pero ya te digo, yo no pongo casi ninguna porque considero que no es la forma, el diagnosticar.”Participante 3

4.2 Despatriarcalizar y decolonizar los dispositivos.

Respecto a los retos vinculados a los dispositivos, en primer lugar plantean generar **recursos específicos** para adaptar la atención de las necesidades que tiene la población inmigrante según los ejes que le atraviesen (mujeres, colectivo LGTBI, Salud mental, drogodependencia...) De esta manera, la Participante4 señala que podría ser una herramienta para que se respetaran en mayor medida los tiempos de cada uno, se cubrieran y trabajaran las necesidades de manera más específica; los profesionales podrían estar más especializados, se verían menos desbordados y por tanto evitar el efecto burn out etc.

Más específicamente, la Participante3 anota que debe haber una desmasculinización de los programas, es decir: “en general hay que identificar más las necesidades y entonces que los programas deberían desmasculinizarse. En general los programas son para hombres y las mujeres se adaptan y creo que no se recogen de ninguna manera las necesidades específicas de las mujeres”

Es decir, critica que el modelo actual comprende la realidad de los hombres como una realidad universal, construyendo entorno a ella los modelos de intervención y dispositivos, y, por ende, invisibilizando otras realidades y operando incluso de manera opresiva contra ellas. Ante ello, propone detectar las necesidades de las mujeres inmigrantes con una mirada feminista y transcultural para estructurar desde ahí las intervenciones.

Con la incorporación de nuevos procesos y metodologías, los programas se desmasculinarían. No obstante, esto supone todo un reto puesto que como se ha comentado existen límites burocráticos que las profesionales no tienen la potestad de modificar. Sin embargo, la búsqueda de fugas y otros modelos de programas de intervención, podría dar pie a la reformación de nuevas estructuras desde las bases.

En segundo lugar plantean la necesidad **de incorporar miradas no europeas en los dispositivos**. Este proceso requiere que las profesionales europeas pierdan protagonismo

y las mujeres del África Subsahariana lideren y dirijan los programas. Así lo defiende la Participante3:

“que la distancia cultural sobre todo se estrecha metiendo otros ojos que no sean europeos. Es decir, creo que tiene que ver con que esos espacios los dirijan, los co-dirijan, no creo que sea sólo los dirijan, personas que entiendan la realidad que han vivido estas personas. O sea que al final tú haces un a asamblea, pero una asambleas que esta facilitada por mí pues entonces ya está con un orden del día, con una lógica... y entonces bueno pues todo está muy atravesado por mi manera de hacer o de entender las cosas.”

También añade que con la pérdida de protagonismo se pretende disminuir la distancia cultural y evitar la imposición de una cultura predominante. Sin embargo, para el proceso de abandonar espacios y permitir que ellas los lideren se proponen diferentes estrategias. Por un lado, la Participante2 alude a formarles:

“lo ideal sería para poder intervenir sería formar a personas de esa comunidad para que sean ellos mismos lo que hicieran ese proceso. Sería la mejor forma para empoderarlos y para que sea un trabajo creo que mejor la verdad, pero ya sabes lo difícil que es ¿no? Además el trabajo que eso conlleva, pocas asociaciones he visto que hayan invertido en eso, en educar y formar a alguien en este ámbito.”

Por otro lado, la Participante3 alude a preguntarles y hacerlas partícipes en el proceso del diseño:

“creo que en todos los programas tiene que haber mujeres africanas liderándolos y pensándolos, entonces, que no diseñemos nosotros los programas sino que les preguntemos a ellas cómo habría que diseñarlo ¿no? Que tengan voz y voto, vamos, que no sea simplemente preguntarte en un café sino que tengas un poder dentro del proceso.”Participante3

Estas propuesta va más allá de lo expuesto hasta el momento en donde sólo se señalaba la necesidad de adquirir un enfoque transcultural por parte de las profesionales autóctonas. Cabe señalar que la segunda propuesta resulta más contundente puesto que implica la reconstrucción y reelaboración de los espacios. Sin embargo, a través del modelo educativo de la primera, se pueden seguir transmitiendo maneras hegemónicas evitando así dar con formas novedosas y que realmente se ajusten al sistema cultural de las usuarias.

Por otro lado, destacar que, más allá de la propia complejidad del proceso por su carácter rompedor, para la Participante2 este resulta complejo porque supone una inversión de recursos temporales y económicos a los que no se puede y/o quiere destinar.

4.3 Formación continua profesionales.

Los retos que se plantean en este apartado están relacionados con los principales obstáculos que las propias profesionales representaban. Así, haciendo un análisis de autocrítica proponen incidir en trabajar para ampliar su visión; adquirir un **enfoque de género y transcultural**; y adecuar la intervención desde el intercambio cultural. Como indica la Participante4:

“tenemos que estar constantemente formándonos e informándonos porque los procesos migratorios cambian, las rutas migratorias cambian, cada etnia es un mundo... Es importantísimo estar actualizada [...] tenemos que tener un interés genuino [...] Creo que es imprescindible la formación en género y la formación transcultural. Y hacerlo de manera periódica, no una vez y ya está, o sea cada X tiempo hay que formarse, formarse mucho para seguir acompañando.”

Esta formación va ligada al reto de adquirir **herramientas transculturales**. Indican que aunque ya implementan algunas metodologías con más enfoque transcultural como la corporalidad, elementos no verbales o artísticos, sanar desde ahí sigue suponiendo un reto, puesto que siguen teniendo una psicología muy individualista basada en la palabra, por lo que acercarse a estos modelos sigue siendo costoso. Además, denuncian la necesidad de que los manuales y las universidades deben adaptarse a la realidad práctica de la psicología. Así, la Participante4 demanda:

“que los manuales se adapten a los perfiles de mujeres con las que trabajamos, y que empiece de cero en eso. Desde cero a la hora de herramientas de análisis de evaluación y de intervención; que sean reales y adaptadas a los perfiles con los que trabajamos, en eso tiene que mejorar la psicología [...] Que también desde las diferentes universidades [...] que no solo haya profesionales que se dediquen al tema de la investigación; que también podamos escuchar la experiencia de las propias supervivientes y de la persona que acompaña a supervivientes.”

Este deseo plantea el desafío de encontrar herramientas válidas, sin embargo, la falta de recursos para ello genera en las profesionales una sensación de desamparo y frustración al no saber cómo ajustar sus intervenciones con una mayor perspectiva transcultural y de género. Asimismo lo expresa la Participante2:

“yo una cosa que no soy capaz de encontrar es cómo, eso, dentro de la psicología social, cómo hacer terapia o cómo hacer un acompañamiento con esa visión más transcultural; y ver temáticas reales de ellos a parte de un síndrome de estrés postraumático o duelos y no teniendo en cuenta la cultura que ellos tienen y las perspectivas que ellos tienen de vida. Eso para mí es una barrera muy grande que hay.”

Finalmente, proponen **supervisarse** continuamente para revisar sus prejuicios y ser conscientes de cómo estos construyen las contratransferencias. La Participante3 indica que para ello se requieren espacios y que, si bien el proceso puede ser doloroso, no hay que criminalizarse por ello:

“Dejando de creernos que no los tenemos [estereotipos]. Entonces, claro que los tenemos y claro que al final estamos todo el rato replicándolos ¿no? [...] Yo creo que habiéndonos determinadas revisiones, que con cada caso seamos conscientes de cuánto estamos replicando de esos privilegios y tener un espacio donde poder hablarlo. O sea, no criminalizarnos por ello, asumir que esto es parte del trabajo y que no pasa nada por tener estereotipos y que no pasa nada por... Pero saber que son estereotipos y saber que si los tengo pues voy a actuar en consonancia a ellos y entonces los voy a perpetuar.”

CONCLUSIONES

Actualmente, las relaciones de opresión entre Europa y África Subsahariana toman forma con implementación de políticas, pactos y prácticas administrativas que se traducen en democracias frágiles, explotación de tierras y recursos naturales, conflictos bélicos o altos niveles de pobreza. Las consecuencias de estas cuestiones llevan a la población, y en especial a las mujeres, a verse obligadas a emigrar. Si bien la mayoría de proyectos migratorios son intraafricanos, la migración intercontinental va en aumento; en especial, la migración feminizada, pues hay demanda de mano obra feminizada.

Sin embargo, la Europa Fortaleza sigue implementando políticas y prácticas, que vulneran sistemáticamente los derechos humanos, con el objetivo de frenar este tipo de migración. El fin último de estas es mermar física y psicológicamente para que a su llegada estas sean más maleables a los intereses del sistema. Ante la posición en la que el sistema las coloca por mujeres y negras, las mujeres de origen subsahariano desarrollan sus propias estrategia de resistencia femenina para sobrevivir a las consecuencias que tienen esas políticas sobre sus vidas y sus cuerpos.

Las múltiples pérdidas y el desarraigo que supone todo proyecto migratorio, junto con las experiencias de violencia, el aislamiento y/o la precariedad social son factores de riesgo para la salud mental. Asimismo, el proyecto migratorio requiere una capacidad de adaptación constante. Sin embargo, los factores que participan para que esta sea exitosa no atraviesan a las personas de la misma manera. Es decir, puesto que la cultura, idiomas de estas mujeres distan más que el de otras inmigrantes como las latinoamericanas, tienen más complicado ser acogidas y aceptadas en, este caso, por la sociedad española. A ello se le añade que por ser mujeres generalmente han tenido menos oportunidad de acceso a la escolarización y tienen cargas familiares, lo que dificulta el aprendizaje y acceder a recursos como la vivienda. De este modo, estos y muchos más factores que atraviesan a las mujeres subsaharianas fomentan la aparición de dificultades en el proceso de adaptación migratorio. Es importante señalar que en caso de no atenderlas con antelación o no trabajar para frenar los factores perjudiciales y fomentar los favorables estos pueden acabar derivando en problemáticas de Salud Mental.

El papel de la psicóloga consiste en prevenir la aparición de posible sintomatología asociada al proceso migratorio y el empeoramiento de la salud mental, además de potenciar las capacidades de afrontamiento de las personas. Puesto que la cuestión migratoria es una cuestión atravesada por cuestiones psicológicas y sociales, la intervención se plantea desde la perspectiva psicosocial. Desde aquí, las principales problemáticas psicosociales están ligadas a la cuestión de género y raza, y problemáticas ligadas a los factores culturales (barrera idiomática y choque cultural), personales (nivel educativo y maternidad) y sociales (red de apoyo) que se han comentado anteriormente. Las consecuencias que estas evocan derivan principalmente en sentimientos de vergüenza, frustración, desmotivación, tristeza, aislamiento, sintomatología postraumática, crisis disociativas, cuadros de desregulación, alteración del sueño, del autoconcepto, y somatizaciones. Estas, a su vez dificultan solucionar las cuestiones sociales, siendo esto un círculo vicioso.

Por parte de las profesionales, los prejuicios de estas hacia las usuarias, las contratransferencias de miedo y la falta de herramientas de intervención transcultural

dificulta la atención. A ello se le suma los aspectos que atañan a las propias usuarias, quienes rechazan ir a la psicóloga por el imaginario de enfermedad que la envuelve; las transferencias por la blanquitud de las profesionales en donde son leídas como seres idealizados o, por el contrario, incapaces de comprenderlas; y la inestabilidad de sus vidas que dificulta poder recibir una atención continuada.

Si estas cuestiones afectan a la relación terapéutica, la misma relación terapéutica consta de características propias que obstaculizan su desarrollo. Por un lado está el hermetismo de las usuarias, el cual impide generar el vínculo terapéutico. Por otro lado, está la relación jerárquica en la que la profesional tiene el poder y la potestad de determinar el devenir del futuro de las usuarias; condicionando el modelo de relación que desean/esperan establecer estas últimas. También se dan barreras idiomáticas pero también culturales, que incluye diferentes comprensiones de lo simbólico y el lenguaje no verbal. Aunque existen recursos como los intérpretes, tanto su presencia como su ausencia interrumpen la atención. Finalmente las necesidades de apoyo constante de las usuarias se pone en conflicto con la necesidad de las profesionales de marcar límites y autocuidarse. Más allá de estas, la burocracia de los dispositivos (sus tiempos, exigencias...) también suponen un obstáculo en la intervención, puesto que dificultan una atención de calidad y duradera de las mujeres. .

Tanto las profesionales como los dispositivos son partícipes de un modelo de intervención hegemónico masculinizado y occidentalizado. Ello da lugar a múltiples fracasos terapéuticos y perpetuación de violencias y opresiones. Para evitarlo o compensar estas cuestiones se subrayan diferentes estrategias que tratan de incluir una perspectiva transcultural. En primer lugar se señala el trabajo interdisciplinar como herramienta para atender de manera holística a la persona. Para construir la relación terapéutica hacen hincapié en la importancia de ofrecer una escucha activa, apoyo y confidencialidad; y en tratar de respetar los ritmos lo máximo posible; buscando, para ello, líneas de fuga. Otras estrategias van dirigidas a colocar la mirada desde “la otredad”, resignificando la historia de las mujeres desde lo narrativo, respetar códigos y significados culturales, y comprendiendo el Duelo Migratorio y Síndrome de Ulises como marco comprensivo y no como categorías diagnósticas. Por otro lado, rechazar del modelo asimilacionista y abogar por un modelo integrativo no sólo facilita el proceso adaptativo de las usuarias sino que además adquiere un tinte político y educativo con la sociedad. Finalmente se destacan distintas cuestiones como el tejer redes sociales que supongan una estructura de apoyo y produzcan en ellas un sentimiento de pertenencia en el territorio; y la aplicación de metodologías con perspectiva transcultural menos basadas en lo verbal y más en la corporalidad y cuestiones artísticas.

Ante el panorama descrito, los retos que tiene la psicología, se remarcan: salir de una psicología ortodoxa y abogar por una psicología politizada y comunitaria que se ubique desde un conocimiento situado y se coloque desde una perspectiva transcultural; la generación de centros específicos que cubran las problemáticas desde la interseccionalidad y que aseguren una atención específica a las demandas de las mujeres; incorporar miradas no europeas y reestructurar los programas e intervenciones desde las mismas, lo que requiere que las usuarias participen en el diseño de los programas y espacios ; y, finalmente, que exista una formación de las profesionales continuada y verdaderamente transcultural y feminista, lo que supone que estén en constante

autoanálisis, formación y supervisión. Por último, se requiere la creación de herramientas psicológicas versátiles y en continua revisión que respondan a las diversas situaciones y problemáticas que presentan las mujeres.

REFERENCIAS

- Achotegui, Joseba. (2007). La relación asistencial con inmigrantes y otros grupos con estrés crónico y exclusión social: la relación terapéutica extendida o ampliada. *Norte de Salud Mental*, (7), 17-30.
- Achotegui, Joseba. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. *Inmigración hoy*, 14-26.
- Achotegui, Joseba. (2009). Estrés límite y salud mental: El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Gaceta Médica de Bilbao*, (106), 122-133.
- Achotegui, Joseba. (2012). Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises. *Revista de Psicología, Ciènces de l'Educació i de l'Esport*, 30(2), 79-86.
- Achotegui, Joseba. (2016a). La atención a la Salud Mental de los inmigrantes y demandantes de asilo. En Guimón, José. (Coord)., *De la cuna al asilo ¿cuál es el futuro de la Salud Mental en Europa?* (pp 107-123). País Vasco: Universidad de Deusto.
- Achotegui, Joseba. (2016b). La salud mental de los inmigrantes en el siglo XXI. *Mente y cerebro*, (77), 16-24.
- Achotegui, Joseba. (2017). Psiquiatrización y sobrediagnóstico de traumas en inmigrantes y refugiados. *Temas De Psicoanálisis*, 13 , 1-14.
- Achotegui, Joseba., y Jayme, María. (2016). El reto de trabajar la relación terapéutica extendida y la transferencia negativa con inmigrantes, minorías y excluidos sociales. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 105-112.
- Aranda, Elena. (2018). Un viaje que comenzó mucho antes de hacer las maletas. El sufrimiento y las diferencias culturales en el proceso terapéutico (Tesis de maestría). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Basabe, Nekane., Zlobina, Anna. y Páez, Darío. (2004). Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. Cuadernos Sociológicos Vascos, nº 15. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Caminando Fronteras. (2020). Vida en la Necrofrontera
- Castilla-Vázquez, Carmen. (2017). Mujeres en transición: La inmigración femenina africana en España. *Migraciones Internacionales*, 9(2), 143-171.
- CEAR. (2012). Las causas de la emigración en África. Recuperado de <https://www.pear-euskadi.org/las-causas-de-la-emigracion-en-africa/>
- CEAR. (2020a). Nuevo pacto europeo sobre migración y asilo. Recuperado de <https://www.pear.es/wp-content/uploads/2020/10/NUEVO-PACTO-UE-SOBRE-MIGRACION%CC%81N-Y-ASILO.pdf>
- CEAR. (2020b). Vidas que cruzan fronteras. Un análisis feminista sobre la Frontera Sur.

- COP Madrid-Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2016). *Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
- De la Mata, Manuel., García, Manuel., Santamaría Andrés., y Garrido, Rocío. (2010). La integración de las persona migrantes. El enfoque de la Psicología Cultural y de la Liberación. En Melero, Luisa. (Coord.), *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes* (pp 115-145). Valencia.
- Delara, Mahin. (2016). Social Determinants of Immigrant Women's Mental Health. *Advances in Public Health*. 2016, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/9730162>
- Domínguez, Màrius., y Contreras, Paola. (2017). Agencia femenina en los procesos migratorios internacionales: Una aproximación epistemológica. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, (37), 75-99.
- Elgorriaga, Edurne (2011). *Ajuste Psicológico y Salud Mental de la población inmigrante: Influencia del Género y la Cultura* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea, San Sebastián.
- Galaz, Caterine Joanna. (2009). *Las relaciones de cooperación y exclusión entre personas con referentes diversos. Un estudio socioeducativo sobre la alteridad*. (Tesis Doctoral) Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Galaz, Caterine Joanna., Catalina, Álvarez., Hedreda, Luciana., y Becerra, Margarita M^a. (2017). Intervenciones psicosociales y sus efectos en la trayectoria de mujeres inmigradas en Chile. *Universitas Psychologica*, 16(5), 1-15.
- Galaz, Caterine Joanna., y Guarderas, Paz. (2016). La intervención psicosocial y la construcción de "las mujeres víctimas". Una aproximación desde las experiencias de Quito (Ecuador) y Santiago (Chile). *Revista de Estudios Sociales*, (59), 68-82.
- Galaz, Caterine Joanna., y Montenegro, Marisela. (2015). Gubernamentalidad y relaciones de inclusión/exclusión: los dispositivos de intervención social dirigidos a mujeres inmigradas en España. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1667-1680.
- Galaz, Caterine Joanna., Catalina, Álvarez., Hedreda, Luciana., y Becerra, Margarita M^a. (2017). Intervenciones psicosociales y sus efectos en la trayectoria de mujeres inmigradas en Chile. *Universitas Psychologica*, 16(5), 1-15.
- Gandarias, Itziar. (2019) Resistir desde la vulnerabilidad: Narrativas de mujeres subsaharianas sobre su tránsito a Europa. *Papeles del CEIC*, 1(205), 1-18.
- Gandarias, Itziar., y Carranza, Cony. (2018). Fronteras, violencias y cuerpos de las mujeres en resistencia. *Viento Sur*, (161), 90-94.
- García, Cristina. (2007). Las causas de la emigración en África. *Papeles*, (96), 89-98.
- García, Susana. (2018). Tras-plantar. Aportes de la Danza Movimiento Terapia en el proceso de integración de poblaciones migrantes. En Panhofer, H., Campo, M., y Rodríguez, R. (eds). *Con-muévete y mueve el mundo: Jornadas para la*

- celebración del 15o aniversario del master en Danza Movimiento Terapia.* (pp. 100-109). Barcelona.
- González, Valentín. (2005). El duelo migratorio. *Revista del departamento de Trabajo Social*, (7), 77-97.
- Hauser Dacer, Javiera. (2013). Inclusión social a través del arteterapia con enfoque de género, experiencias con migrantes latinoamericanas. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 8, 25-43.
- Hernández, Juan. (2020, abril). *La Europa fortaleza más allá de la pandemia*. Ponencia presentada en el coloquio organizado por Eau de CAF. España. Recuperado de <https://omal.info/spip.php?article9145>
- Hernández, Juan., y Ramiro, Pedro. (2019a, 19 de noviembre). Hacia un nuevo espacio neofascista global. *Viento Sur*. Recuperado de <https://vientosur.info/hacia-un-nuevo-espacio-neofascista-global/>.
- Hernández, Juan., y Ramiro, Pedro. (2019b, 10 de diciembre). Neofascismo y Derechos Humanos. *Viento Sur*. Recuperado de <https://vientosur.info/neofascismo-y-derechos-humanos/>.
- Hernández, Juan., y Ramiro, Pedro. (2020, 17 de marzo). El estado de Derecho contra las personas migrantes y refugiadas. *Viento Sur*. Recuperado de <https://vientosur.info/el-estado-de-derecho-contral-as-personas-migrantes-y-refugiadas/>.
- Kabunda, Mbuyi. (2007). Los flujos migratorios intra y extraafricanas. *África América Latina: Revista de análisis sur-norte para una cooperación solidaria*, 43. Recuperado de http://publicaciones.sodepaz.org/images/uploads/documents/revista043/transmigraciones_africanas_mbuyikabunda.pdf.
- Kabunda, Mbuyi. (2017). Migraciones, Derechos Humanos y desarrollo: el caso africano. En Fondo Andaluz de Municipios para la Solidaridad Internacional-FAMSI. (Eds.), *Derechos Humanos, migraciones y comunidad local*, (pp 40-52). Sevilla
- López, Gabriela. (2017). Intervención con personas refugiadas. Impacto sobre el proyecto vital. Claves para la acogida y el acompañamiento. En Asociación Española de Neuropsiquiatría (Ed.), *El bienestar psicosocial de las personas migrantes y refugiadas*. (pp 41-54). Madrid.
- Martín, Idoia. (2007). Trabajo social con población inmigrante: un enfoque transcultural. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 23, 71-82.
- Martín, Roberto. (2017). Estudios de la aculturación en España en la última década. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 125-134.
- Martínez, Antar. (2014). Cambiar metáforas en la psicología social de la acción pública: de intervenir a involucrarse. *Athenea Digital*, 14(1), 3-28.
- Martínez, Fco. Manuel., y Martínez, Juli. (2018). Procesos migratorios e intervención psicosocial. *Papeles del Psicólogo*, 39(2), 96-103.

- Melero, Luisa., y Díe, Luis. (2010). Enfoque psicosocial en las migraciones. En Melero, Luisa. (Coord.), *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes* (pp 71-114). Valencia.
- Montenegro, Marisela. (2001). Conocimientos, agentes y articulaciones. Una mirada situada a la intervención social. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 1. doi: <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n0.17>
- Montenegro, Marisela., Galaz, Caterine., Yufra, Laura., y Montenegro, Karla. (2011). Dinámicas de subjetivación y diferenciación en servicios sociales para Mujeres inmigradas en la ciudad de Barcelona. *Athenea Digital*, 11(2), 113-132.
- Nin, Maria Cristina., y Shmite, Stella Maris. (2015). El Mediterráneo como frontera: desequilibrios territoriales y políticas migratorias. *Perspectiva Geográfica*, 20(2), 339-364.
- OIM - Organización Internacional para las Migraciones. (2018). *Guía para la atención psicosocial a personas migrantes en Mesoamérica*. Costa Rica: OIM.
- OMS. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/final_report/closing_the_gap_how_es.pdf?ua=1.
- Pérez, Pau (2004). *Psicología y Psiquiatría Transcultural. Bases Prácticas para la acción*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Redondo, Irene. (2021). *Curso GAC: Crítica al acompañamiento desde una mirada periférica*. Grupo de Acción Comunitaria [GAC]. <http://www.psicosocial.net/gac-2018/curso-decolonialidad/>
- Ríos, Alexandra., y Hernández, Lina. (2014). Descripción de procesos migratorios en Almería-España y su repercusión en la salud mental. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 67-77.
- Ruiz, Ainhoa. (2019) Construir la «Europa fortaleza»: militarizar las fronteras, securitizar la migración. *Especial Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, (145), 85-96.
- Ruiz-Giménez, Itziar (2016, septiembre). *Derechos Humanos, género e inmigración*. Ponencia presentada en el XXXVI Congreso de teología: Migrantes, refugiados y fronteras. De la exclusión a la hospitalidad. Madrid
- Sánchez, Ana M^a., y Martínez, Manuel Fco. (2018). *Reflexiones en torno a la Psicología de la Intervención Social y el Sistema de Servicios Sociales*. Madrid: Consejo General de la Psicología/Colegio Oficial de Psicólogos.
- Sánchez, Analía del Valle. (2015) *Programa de apoyo psicológico a inmigrantes: Estudio de casos* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea, San Sebastián.

- Sánchez, Gema. y López, M^a José. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Revista cuatrimestral de psicología*, 26(3), 399-410. Universidad de Sevilla.
- Sassen, Saskia. (2003). *Contrageografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Sayed-Ahmad, Nabil. (2006). Inmigración: Adaptación y duelo. En Sayed-Ahmad, Nabil. (Coord.), *Inmigración y Salud Mental* (pp 9-28). Córdoba: Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.
- Sayed-Ahmad, Nabil. (2008). La inmigración en la encrucijada de la adaptación. *Norte de Salud*, 7(32), 61-70.
- Sayed-Ahmad, Nabil. (2010). Experiencia de migración y salud mental. Hacia un nuevo modelo de salud. En Melero, Luisa. (Coord.), *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes* (pp 259-295). Valencia.
- Sayed-Ahmad, Nabil. (2013). Proceso migratorio, diversidad sociocultural e impacto sobre la salud mental. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, 87-101.
- Sayed-Ahmad, Nabil. (2017). Personas migrantes, refugiados y sociedad ante el reto de la integración y el bienestar psicosocial. En Asociación Española de Neuropsiquiatría (Ed.), *El bienestar psicosocial de las personas migrantes y refugiadas*. (pp 55- 72). Madrid.
- Sayed-Ahmad, Nabil., Rio, Maria Jesús., y Fernández, Gonzalo. (2007). Salud Mental. *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Rafael García (coord.). Junta de Andalucía: 127-156.
- Smith, Stephen. (2019). *La huida hacia Europa: La joven África en marcha hacia el Viejo Continente*. Madrid: Arpa.
- Toribio, José M^o. (2010). Intervención psicosocial comunitaria con personas migrantes. En Melero, Luisa. (Coord.), *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes* (pp 231-257). Valencia.
- Tyszler, Elsa. (2018). “Somos luchadoras”. Lo que nos enseñan las mujeres migrantes sobre las consecuencias de las políticas de externalización de la Unión Europea. En Cortés, Almudena., y Manjarrez, Josefina. (Eds.), *Globalización, Género y Derechos Humanos* (pp 229-259). Barcelona: Edicions Bellaterra
- Urbán, Miguel. (2020, 25 de septiembre). El pacto de la vergüenza. *Viento Sur*. Recuperado de <https://vientosur.info/el-pacto-de-la-verguenza/>.
- Urbán, Miguel., y Donaire, Gonzalo. (2017, 27 de febrero). La Europa fortaleza. *Viento Sur*. Recuperado de <https://vientosur.info/la-europa-fortaleza/>.

ANEXOS

Anexo 1. Guion de preguntas de la entrevista

Introducción (brevemente)

Antes de comenzar con las cuestiones más técnicas, estaría bien hacerte una breve presentación; para ello te voy a hacer una serie de cuestiones:

- ¿Cuál es tu formación profesional?
- ¿Y tu experiencia laboral/trayectoria como psicóloga?
- ¿Podrías contarnos un poco sobre tu bagaje con cuestiones migratorias y la atención a mujeres?
- ¿Qué te llevo a trabajar dónde estás ahora? ¿cuánto tiempo llevas?
- ¿Qué es lo que te mueve para hacer lo que haces?

1. Detectar desde la postura de psicóloga las problemáticas, demandas o necesidades psicosociales que presentan las mujeres inmigrantes de origen subsahariano

Llegada – problemáticas

- ¿Cómo llegan las usuarias a los dispositivos?
 - ¿Qué impacto y consecuencias psicológicas tiene el proceso migratorio de cada una sobre ellas? // ¿Qué impactos psicológicos tiene el proceso migratorio?
 - ¿Qué sintomatología suelen presentar? (área confusional, somatización, confusional, área depresiva...)
 - ¿Qué síntomas psicofísicos suelen presentar?
 - ¿Y a nivel emocional y cognitivo-conductual?
 - ¿Existen aspectos que sean comunes o más destacables?
- ¿Cuáles son las principales demandas con las que suelen llegar?

Proceso de adaptación

- ¿Cómo es el proceso de adaptación de estas mujeres?
- ¿Cuáles son las dificultades que tienen que atravesar por el hecho de ser mujeres y negras?

Mujer inmigrante

- ¿Cuál crees que es el imaginario de mujer inmigrante subsahariana?
- ¿Cómo afecta la experiencia migratoria a su identidad y su género? ¿De qué manera influye en su salud mental?

Duelo migratorio y Síndrome de Ulises

- Respecto al proceso migratorio, ¿con qué conceptos teóricos trabajáis?
- ¿Consideras que son valiosos y en qué sentido aportan las teorías del duelo migratorio o el síndrome de Ulises?

3. Identificar las estrategias de intervención y metodologías que emplean; y los obstáculos que encuentran las psicólogas en el ejercicio de la atención psicológica y psicosocial. (Barreras idiomáticas, perspectiva transcultural...)

- ¿Qué buscas/objetivos sueles tener con tus intervenciones?
- ¿Cuáles son las herramientas o metodologías de intervención que utilizas?
- ¿Cómo tienes en cuenta las perspectivas de género y el enfoque transcultural?
- ¿Qué papel tienen ellas en el proceso? // ¿Cómo fomentas su participación?
 - Si se percibe una problemática...
 - ¿quién la gestiona?
 - ¿se trabaja en red?
 - ¿son sujetas activas en la resolución de la problemática?
 - ¿Cómo actúan y reaccionan en tal caso?
- ¿Cuáles son las mayores dificultades/obstáculos que encuentras para llegar a atenderles y durante la atención?
- ¿De qué manera influye la configuración y coordinación del equipo de trabajo para la intervención?

Relación terapéutica

- ¿Cómo es la relación con ellas?
- ¿Cuáles son los prejuicios (tanto de las profesionales como de las usuarias) que influyen en la relación terapéutica?
- ¿Cómo influye o qué dificultades implica el hecho de que seas mujer del norte/occidente?

Enfoque cultural

- ¿Cómo influyen los factores culturales en la atención? (Barreras idiomáticas, expresión necesidades...)

4. Detectar propuestas más adecuadas a la atención psicológica y psicosocial desde una perspectiva transcultural.

- ¿Qué espacios o alternativas metodológicas se han desarrollado o planteas para evitar todos los obstáculos comentados anteriormente?
- Dentro de las metodologías empleadas, ¿existen “otros” espacios de diagnóstico que te permitan disminuir la distancia cultural? ¿entender las realidades que atiendes? (militancia, espacios compartidos fuera de la institución, asambleas libres y no guiadas...)
- Psicólogos dentro de identidades que pertenecen al sistema →
 - ¿Hay posibles salidas dentro del sistema sobre las que intervenir? (Forma de asamblea no institucionalizada, el barrio, red vecinal...)
 - ¿Qué resistencias/líneas de fuga cogen?

- ¿Cuáles son los retos que plantean para adecuar la intervención psicosocial a cada mujer? (su perfil, objetivos, proyectos vital y migratorio...)
 - o ¿eliminar algunos aspectos?
 - o ¿incorporar elementos propios de la cultura? de sanación como la ritualización, una mayor expresividad o dramatización...?
 - o Trabajar la corporalidad, comprender mente y cuerpo como uno...

- De qué manera o cuál crees que es la vía para que tanto las psicólogas como el equipo de trabajo combatan estereotipos y prejuicios construidos.

- ¿Qué función crees que tiene la psicología en la atención a la mujer?

- ¿En qué crees que tiene que mejorar la psicología?