

LA ATENCIÓN A PERSONAS INMIGRANTES CON TRASTORNO MENTAL SIN HOGAR DESDE UNA PERSPECTIVA CULTURAL

CARE FOR HOMELESS IMMIGRANTS WITH MENTAL DISORDERS FROM A CULTURAL PERSPECTIVE

Autor:

Fran Recalde Iglesias.
Coordinador Servicio PRISEMI.

Correspondencia; fran@grupoexter.com
Año 2022; Volumen 18, número 2.

RESUMEN

En los últimos años se viene observando un aumento de las personas inmigrantes en situación de calle, muchas de ellas con trastorno mental. Este aumento no es proporcional con el número de inmigrantes en España, sino que puede atribuirse a factores relacionados con su condición de inmigrante: menor posibilidad de acceso a los recursos y prestaciones necesarias, barreras sociales y normativas, carencia de una red de apoyo social y familiar y a dificultades de intervención con esta población por falta de conocimiento de los/as profesionales o por actitudes de rechazo. En este artículo se expone la necesidad de atender a esta población desde la competencia cultural y se proponen algunas acciones de intervención en áreas más influidas culturalmente.

Palabras clave: Personas sin hogar, inmigrantes, exclusión social, competencia cultural, salud mental, rehabilitación psicosocial.

ABSTRACT

In recent years, it has been noticed an increase of homelessness among immigrant population, often linked to mental disorder. This increase does not match with the increase of immigrant population itself, but it is due to their conditions as immigrants; less access to resources and welfare, legal and social barriers, lacking of familiar and social support, as well as the difficulties of interaction with them caused by nonspecific training of professionals or by prejudice. Thus, we focus on the need to assist this population using a cultural approach, planning interaction within their specific cultural environment.

Keywords: Homeless people, immigrants, social exclusion, cultural competence, mental health, psychosocial rehabilitation.



1. INTRODUCCIÓN

El sinhogarismo es, probablemente, el ejemplo más trágico de exclusión a todos los niveles. Por otro lado una casa no es sólo un lugar para guarecerse, es así mismo un espacio vital donde establecemos nuestras relaciones sociales íntimas, donde descansamos, donde realizamos actividades de ocio, nuestros hábitos de higiene, guardamos nuestras pertenencias... en definitiva, un lugar “nuestro”, donde nos sentimos protegidos.

En los últimos años el perfil de las persona sin hogar ha ido cambiando, siendo en la actualidad en su mayoría inmigrantes tal y como indican las memorias de los diferentes centros que atienden a personas sin hogar, o los recuentos nocturnos. El último recuento realizado en Madrid en el 2018 señala que el 61% de las personas que pernoctaban en la calle eran extranjeros. Ciertamente es que ha habido un gran aumento de la inmigración en España, según los datos del INI de julio del 2022 en España había un 11,7% de personas extranjeras pero este porcentaje no puede explicar que más del 50% de las personas sin hogar sean inmigrantes. Si los factores estadísticos no explican este porcentaje tienen que darse otro tipo de variables concretas que expliquen que se multiplique por 10 la probabilidad de estar en la calle de un inmigrante comparado con un español. Finalmente, habría que contemplar el hecho de que existen personas inmigrantes que tienen problemas de salud mental. De los atendidos en los recursos para personas con trastorno mental de la Red de Atención Social de la Consejería de Asuntos Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid en 2020, un 10 % eran inmigrantes, y en uno de los centros que atiende específicamente a las personas sin hogar con trastornos mentales (servicio PRISEMI) los datos de la memoria del 2021 indican que un 53,19 % de las personas atendidas fueron inmigrantes.

COMPETENCIA CULTURAL

La primera premisa de la que partimos es que cada inmigrante es primero y, por encima de todo, un individuo. Ser miembro de otra cultura no le hace automáticamente diferente ni los aspectos culturales han de ser siempre determinantes en su comportamiento. De hecho, en ocasiones, las diferencias entre dos personas de la misma cultura pueden ser mayores que las diferencias entre dos personas de distintas culturas. Sin embargo, ante la evidencia estadística de la sobrerrepresentación de inmigrantes en situación de calle antes referida, tendremos que buscar alguna variable o factor que lo explique. Si descartamos que sea la raza o cualquier factor “biológico” lo que determina estas diferencias tendremos que considerar que son las diferencias biológicas: factores sociales, económicos, estructurales y culturales. Cualquier persona que nace en cualquier lugar del mundo, desde el primero momento de su vida aprende cuándo ha de reírse o llorar, cómo alimentarse, a qué y cómo jugar, a bailar con un determinado ritmo, a asumir una serie de roles según su género, edad o clase social. Aprende a cómo comunicarse verbal y no verbalmente con los demás, a cómo establecer relaciones de pareja, a qué dioses adorar y a qué demonios temer, a cómo vivir su salud y su enfermedad y a cómo buscar su curación y, en definitiva, a mantener los valores acordes a su entorno social y cultural. Todos estos elementos son lo que componen lo que llamamos cultura, no son universales y determinan, en última instancia, nuestra identidad: lo que somos lo que pensamos, sentimos y hacemos. Cuando dos personas que han construido sus identidades en culturas distintas se encuentran, se produce una “interacción cul-

tural” que, en función de las características personales de ambas, de las estrategias empleadas por cada una de ellas y del contexto social y normativo donde se establezca la relación, pueden tener efectos muy dispares. Pueden conducir a un entendimiento e incluso un enriquecimiento de ambas pero también pueden generarse conflictos debido a dificultades de comunicación y entendimiento, a prejuicios, etc. que provocan un aumento de la desconfianza y el miedo al otro/a. Así mismo hay que tener en consideración el hecho de que esta interacción no se produce entre dos partes igualitarias, sino entre la persona inmigrante, carente en muchos casos de derechos y, la persona autóctona que tiene todos los recursos de poder. Esta interacción cultural puede desarrollarse en un ámbito privado; un bar, un comercio, el metro, etc. o bien en un servicio público; educativo, social, sanitario etc. Los servicios públicos deberían garantizar el mejor servicio posible a todos los ciudadanos y estas garantías incluyen igualmente a las personas inmigrantes. Es un hecho la existencia de barreras y dificultades de acceso de la persona inmigrante a diferentes servicios, prestaciones etc. a las que la persona española puede acceder sin problemas. Por tanto, consideramos que la atención a las personas inmigrantes desde una perspectiva cultural no es una opción sino una obligación de cualquier servicio sociosanitario.

Una adecuada intervención con estas personas dependerá de múltiples factores. Primeramente, se deberá atender a la normativa legal ya que condiciona absolutamente los derechos de estas personas para el acceso a múltiples recursos sociosanitarios. Por ejemplo, en muchos casos las personas inmigrantes no tienen derecho a un tratamiento médico o psiquiátrico ni acceso a la medicación que necesitan, no tienen permiso de trabajo o no tienen acceso a prestaciones económicas necesarias. Resulta muy interesante la exposición de Kimlika W. (1) sobre los “ajustes razonables” que pueden hacerse a nivel normativo y legal para facilitar la integración de las minorías y el desarrollo de sus derechos. Un segundo factor a tener en cuenta es el rechazo social por ignorancia, prejuicios o racismo hacia este colectivo, pudiendo estar motivado en estos tiempos por una vuelta a un nacionalismo excluyente y por un populismo que busca chivos expiatorios para los problemas actuales; paro, violencia o falta de coberturas del estado de bienestar, y que parece no ser algo espontáneo sino dirigido y fomentado por unos sectores del poder y la política y de algunos medios de comunicación. Estas actitudes de racismo y exclusión además de edificar barreras e impedir el ejercicio de derechos de las personas inmigrantes, puede aumentar el conflicto social y dificultar la integración y la convivencia intercultural. Finalmente, otro factor a considerar es el desconocimiento de dicha población por parte de los/as profesionales de los recursos sociales y sanitarios donde son atendidas las personas inmigrantes y de las pautas de atención e intervención que puedan ser más adecuadas y efectivas. Desde nuestra perspectiva, planteamos que para realizar una adecuada atención a personas de otras culturas, no siempre sirve hacer lo mismo que se hace con personas de nuestra cultura. Es necesario un “ajuste cultural” de nuestras intervenciones habituales para que sean más útiles y eficaces para poder atender a la población inmigrante con la misma calidad que a la autóctona para ello proponemos como modelo de atención el modelo de competencia cultural.

El origen del modelo de competencia cultural lo encontramos en la necesidad de cuidados en salud a personas inmigrantes (Purnell 1995), en la enfermería transcultural (Leininger, Campinha-Bacote 1999) y la psicología social

(Cohen –Emerique 1984). (2-3). Por competencia cultural entendemos la posesión por parte del/la profesional de unos conocimientos académicos y culturales, unas habilidades interpersonales y unas actitudes de interés, humildad, empatía y respeto que le posibilitan comprender otros mundos y comportamientos distintos y acercarse, interactuar e intervenir con personas que pertenecen a dichos sistemas culturales. (4). La competencia cultural no solo se refiere a la intervención de los profesionales que atiendan a las personas inmigrantes, sino también debe de ser una característica de los recursos y de las administraciones, las cuales deberían adaptarse a las necesidades específicas de estas personas. Consideramos que este criterio debería ser un requisito y un criterio de calidad para los servicios sanitarios (5) Así mismo la incorporación de mediadores interculturales puede ser un importante apoyo a los profesionales y recursos que trabajen con personas inmigrantes para facilitar la comunicación y el entendimiento y prevenir la aparición de conflictos generados por las diferencias culturales.(6). En base a lo comentado anteriormente, sería aconsejable tener en cuenta ciertos factores previos a la intervención con esta población para poder realizarla de la manera más eficaz.

1. En primer lugar los/as profesionales deberíamos mirarnos hacia dentro, realizar un proceso de autorreflexión y autoconocimiento respecto nuestros prejuicios y estereotipos, cuál es nuestra actitud y predisposición a aceptar otras realidades, pensamientos, creencias o comportamientos diferentes e incluso opuestas a las nuestras, ser conscientes de los aspectos de nuestra identidad; políticos, nacionalistas, religiosos, etc. así como de nuestra posición de poder que afectan a la manera de mirar al inmigrante, Nuestra forma de “ser” y nuestra “mirada” van a afectar directamente a la calidad y efectividad de nuestra vinculación y a nuestra intervención.
2. Otro factor es el grado de conocimientos culturales de los/as profesionales. El objeto de la intervención social, la psiquiatría y la psicología es atender a los problemas y dificultades de la vida, que tienen que ver con lo más humano, lo más íntimo e individual de cada persona y que está influido determinadamente por factores de aprendizaje y culturales. Por tanto el/la profesional, para poder realizar las funciones terapéuticas que le competen ha de conocer esos factores culturales que son los que condicionan en gran parte como cada persona vive y manifiesta sus problemas. La ausencia de estos conocimientos produce la tendencia a utilizar estereotipos, los cuales no dejen de ser explicaciones muy simplificadoras de la realidad y en la mayoría de los casos suelen ser falsos. Por tanto, sería útil que los/as profesionales tuviesen conocimientos sobre aspectos relacionados con las migraciones, factores histórico/estructurales como el colonialismo, esclavitud o neocolonialismo, los modelos explicativos de la emigración y sus posibles causas, factores de atracción y expulsión, etc. (7). Así mismo tuviesen también conocimientos mínimos de las diferentes culturas, costumbres, modos de vida, religiones. Conocimientos básicos de antropología, etnocentrismo y relativismo cultural, endoculturación y aculturación. Nociones sobre psicología / psiquiatría transcultural que considera que tanto que los procesos psicológicos básicos; atención, percepción, motivación etc., como las emociones y su expresión, o las características de personalidad, o estrategias de afrontamiento no son universales sino que son propios de

cada cultura. Estos conocimientos deberían formar parte del currículum en las escuelas o facultades que de medicina, psicología o trabajo social o integración social y debería ser ofrecida por los recursos y/o administraciones que tengan que ofrecer algún servicio a esta población. Llegados a este punto y dada la complejidad de esta formación surge el debate sobre lo adecuado o no de ofrecer recursos especializados con profesionales expertos para esta población.

3. Es necesario establecer una adecuada comunicación entre el/la profesional y la persona inmigrante, ya que las habilidades técnicas son inútiles si no hay una buena comunicación. Lo primero es hablar el mismo idioma, lo cual no es siempre posible y hace necesaria la figura de un traductor y resultaría de gran utilidad que se dispusiera en los recursos de documentación escrita y cartelería en varios idiomas. Pero la comunicación no es sólo un intercambio de mensajes sino la construcción de sentido. Desde una perspectiva cultural debemos estar abiertos y comprender otras formas o modos de entender la realidad y aceptar cualquier tipo de información sin prejuizarla en base a nuestro bagaje cultural, sino entenderla como la forma de explicar y dar sentido a su comportamiento y su problema. Las asunciones e interpretaciones automáticas de los/las profesionales desde su filtro interpretativo sobre lo que quiere decir la persona inmigrante, la significación del lenguaje no verbal, las diferencias en los estilos de comunicación, la significación de determinadas palabras que pueden tener connotaciones opuestas a las que nosotros/as interpretamos conduce a una comunicación ineficaz que puede llevar a graves errores en la comunicación (8). Como en toda relación terapéutica, es imprescindible establecer un engagement, una vinculación, una confianza mutua; crear un espacio seguro donde puedan surgir las cuestiones que le importan al usuario/a y, en la intervención intercultural, esto cobra una mayor relevancia. De ahí la importancia del apoyo de un mediador intercultural.
4. Por último las habilidades culturales: se refieren a disponer de estrategias, técnicas, procedimientos y métodos para evaluar y realizar una intervención eficaz.

INTERVENCIONES EN ÁREAS SENSIBLES CULTURALMENTE

La evaluación e intervención con las personas con trastornos mentales desde la rehabilitación psicosocial, aunque es individualizada, al carecer de perspectiva cultural puede ser incompleta a la hora de intervenir con algunas personas inmigrantes, por lo que creemos que es necesario abordar junto con todas las demás áreas de intervención en rehabilitación psicosocial que también afectan a la población autóctona algunas áreas que están muy influidas por la condición de inmigrante y que en muchas ocasiones, sin esa perspectiva cultural, suelen pasar inadvertidas. Esto requiere generalmente para el profesional más esfuerzo, tiempo y dedicación comparado con la intervención con personas autóctonas. Hemos destacado 9 áreas en las cuales resaltamos algunas acciones relacionadas específicamente con la condición de inmigrante sin abordar otras acciones que son comunes en las intervenciones en rehabilitación psicosocial a todas las personas tanto inmigrantes o autóctonas.

1. Necesidades básicas.

Las primeras atenciones que se realizan con las personas sin hogar, independientemente de si tienen algún trastor-

no mental, sean inmigrantes o cualquier otra característica, es garantizar la cobertura de sus necesidades básicas. Las condiciones en las que viven estas personas son las que determinan en gran medida su estado de salud tanto físico como psicológico y las posibilidades de rehabilitación e integración sociocomunitaria. Será poco efectiva cualquier intervención psicosocial con cualquier persona que no tenga satisfechas estas necesidades por lo que son prerrequisitos imprescindibles y es frecuente que la condición de inmigrante dificulte aún más la cobertura de las mismas especialmente si están en una situación de irregularidad administrativa.

Cuadro 1. Acciones relacionadas con las necesidades básicas
<ul style="list-style-type: none">• Cobertura de necesidades básicas; comida, aseo, vestido, transporte, alojamiento.• Cobertura de necesidades sanitarias; acceso a atención primaria. especialista, ginecólogo, salud mental, acceso a tratamientos farmacológicos.• Situación administrativa; apoyo para la regularización.• Acceso a recursos sociales, de rehabilitación psicosocial y comunitarios.• Percepción de rentas o ingresos económicos.

2. Proceso migratorio

El proceso migratorio depende de múltiples factores que es necesario evaluar; forma de llegada, regular, irregular, expectativas, capacidades, genero, familiares o red de apoyo en el país de acogida, etc. En algunas ocasiones, este proceso puede ser especialmente duro, los inmigrantes que tienen que atravesar varios países a lo largo de meses, cruzar la valla de Melilla o arriesgarse a ahogarse en una patera. En estos casos, abundan los episodios de violencia y en mujeres las agresiones sexuales y violaciones. Hay evidencias de que la mayoría de las personas inmigrantes debuta en el trastorno mental bien durante el proceso migratorio bien a la llegada a España (6).

Cuadro 2. Acciones sobre el proceso migratorio
<ul style="list-style-type: none">• Derivar a los organismos competentes en caso de refugiado/a o víctima de trata de mujeres.• Evaluar / intervenir sobre las situaciones vitales estresantes; traumas; violencia, violaciones,• Potenciar los recursos de afrontamiento personales.• Potenciar estrategias de establecimiento de objetivos y solución de problemas.• Intervenciones respecto al posible duelo migratorio y las pérdidas.• Planificar la devolución de deudas contraídas.• Apoyar los contactos con sus familiares, red social.• Potenciar grupos de iguales; asociaciones, y grupos de ayuda mutua.

3. Aculturación

La aculturación es el proceso que se desarrolla cuando se ponen en contacto varios grupos culturales diferentes y se producen cambios en dichos grupos. El cambio principal se dará en persona inmigrante que necesitará asumir y aprender pautas culturales del país de acogida aunque también el grupo mayoritario de autóctonos puede, y debería, verse afectado por cambios. Hay varios modelos que explican la aculturación, el más conocido es el de Berry aunque se ha propuesto un nuevo modelo que supera algunas de sus limitaciones, como considerar la integración como un todo, denominado de “aculturación relativa” (9) que refiere que hay algunas áreas de la identidad de la persona inmigrante llamadas periféricas, que son más probables de ser asimiladas. Por ejemplo, el sistema político la organización

económica, o el sistema de bienestar social y, sin embargo, existen áreas nucleares que son más probable que la persona inmigrante desee conservar; la religión, roles de género, familia o el concepto de salud y enfermedad.

4. Concepto de salud / enfermedad/ atención

Todas las sociedades y culturas tienen su propio discurso explicativo de la salud y la enfermedad tanto física como psíquica y sobre él han desarrollado sus propios modelos de salud-enfermedad-atención con métodos terapéuticos coherentes con el universo simbólico al que pertenecen. Estas medicinas llamadas tradicionales resultan aparente-

mente incompatibles con el modelo biomédico dominante y hegemónico de las sociedades occidentales. Un intento de abordar el “hecho cultural”, el apéndice de formulación cultural del DSM IV, parte de una perspectiva etnocentrista y la inclusión de síndromes dependientes de la cultura es bastante reduccionista, anecdótica y folclórica por lo que no fue realmente una validación cultural del manual como refiere uno de los colaboradores del mismo, el psiquiatra y antropólogo Arthur Kleinman.

Sería útil para la atención con personas inmigrantes, que el profesional tuviese la capacidad de comprender otros modelos sobre las causas y determinantes de los trastornos mentales, citando a Marino Pérez “los trastornos mentales,

lejos de ser unas supuestas entidades naturales de base biológica, serían entidades construidas de carácter histórico social, más sujetas a los vaivenes de la vida que a los desequilibrios de la neuroquímica”.

Ante la confluencia de diferentes modelos de abordaje del trastorno mental con la persona inmigrante, desde una perspectiva occidental o desde perspectiva tradicional, el reto que se nos presenta es tratar de compatibilizar ambos e integrarlos como recomienda la estrategia de la OMS 2014-2024. Esto nos obligaría a relativizar y contextualizar; a) los síntomas (delirios y alucinaciones), y comprender el sistema “medico” tradicional que tendrá diferentes clasificaciones sobre los síntomas, las causas u orígenes de la enfermedad o los tratamientos. (10) b) los diagnósticos (trastornos de personalidad, trastornos afectivos), c) los conceptos

Cuadro 3. Acciones relacionadas con la aculturación
<ul style="list-style-type: none">• Dotar de un entorno “seguro” ante situaciones sociales de riesgo y vulnerabilidad.• Cuidar los tiempos, es posible que se requiera ir más despacio en la intervención.• Potenciar la adquisición de conocimientos sobre nuestra cultura; costumbres, funcionamiento de las redes sociosanitarias. Priorizar el aprendizaje de castellano.• Explicación de las HHSS como elementos no universales.• Centrarnos más en las capacidades que en las carencias.• Mantener los hábitos de autocuidado.• Trabajar planificación de problemas; expectativas realistas, planificación de objetivos.• Intervenir sobre variables emocionales y afectivas; nostalgia, tristeza, culpa, ideas de muerte, ansiedad, miedo.• Intervenciones sobre el duelo.• Ante el posible rechazo social evaluar e intervenir sobre el estigma y auto estigma.• Actuar en la medida de lo posible ante las barreras que se puedan presentar que dificulten el acceso a los servicios sociosanitarios.• Mantener contacto familiar.• Búsqueda de redes sociales, fomentar contactos con miembros de su cultura, asociaciones.• No imponer la adquisición de normas y valores de nuestra cultura ni rechazar los suyos,• Para evitar la asimilación “no voluntaria” y la pérdida de sus valores, cultura etc. se puede fomentar el contacto con su cultura; cine, exposiciones, libros, música, noticias y el contacto con iguales.

Cuadro 4. Acciones relacionadas con el concepto salud/enfermedad/atención
<ul style="list-style-type: none">• Tener en cuenta las situaciones vitales estresantes en el proceso de inmigración.• Ajustar explicaciones psicoeducativas clásicas: diagnóstico, conciencia de enfermedad, teoría de la vulnerabilidad / biológica, cronicidad.• Intervenciones específicas sobre creencias tradicionales que pueden dificultar el seguimiento de las recomendaciones médicas y/o del sistema sanitario español; inyecciones, extracciones de sangre, vacunación, revisiones médicas y ginecológicas,• Compaginar las acciones sanatorias realizadas desde su marco conceptual, considerar al sanador tradicional como un posible aliado.• Asumir que existen dificultades para acceder a los recursos sanitarios en igualdad de condiciones que los/as españoles/as debido a impedimentos legales, barreras organizativas y al desconocimiento del sistema sanitario por lo que hay que conocer estas dificultades e intervenir sobre ellas.• Intervenir sobre las manifestaciones somáticas por el valor simbólico que puede tener.• Buscar apoyo y asesoramiento de personas importantes de su cultura, religión etc.• Relativizar los diagnósticos y los síntomas (alucinaciones y delirios) que pueden ser congruentes y normalizados en su cultura.

de cronicidad o vulnerabilidad, c) la expresión del malestar y c) el estigma de “enfermo mental, causado por la iatrogenia del sistema (médico/psicológico) y los prejuicios sociales que tiene gran relevancia para la persona afectada. Un menor estigma/autoestigma junto con otros factores como el apoyo familiar o la realización de roles laborales parece que explican el mejor pronóstico de la esquizofrenia en países no desarrollados que en los desarrollados, según los resultados del sorprendente estudio piloto internacional de esquizofrenia, (11). Es en este apartado donde especialmente se hace más importante y necesario llegar a un nivel de confianza y vinculación entre la persona inmigrante y el/ la profesional, basado en la aceptación y el respeto para que la persona inmigrante se exprese y comunique lo que le pasa, lo que siente y le preocupa desde su concepción tradicional de enfermedad sin miedo al rechazo o la burla.

5. Género

La mujer inmigrante ha sido invisible para en la sociedad de acogida hasta los años 80 cuando empezaron a tener relevancia en los procesos migratorios, siendo ellas las que muchas veces inician dicho proceso y arrastran al resto de la familia motivadas por factores económica pero también por

una “huida” o “liberación” de conflictos con la pareja o con el grupo familiar. Las intervenciones podrán encaminarse principalmente en dos direcciones; por un lado salvar las barreras que impiden o dificultan la atención y protección a este colectivo y por otro lado potenciar estrategias de empoderamiento aprovechando las oportunidades que le brinda el cambio de contexto en una nueva cultura al tener una menor presión social y familiar y estar menos atadas a los mandatos culturales tradicionales.

6. Familia

La familia especialmente en sociedades no occidentales suele ser es una institución central y básica muy cohesionada con un gran apego a la tradición y suele ser un garante de la cultura tradicional y un apoyo y protección de la identidad del individuo. La migración puede producir un gran sentimiento de desarraigo y duelo familiar. La sociedad occidental tiende a promover los valores propios de la cultura individualista, al contrario de otros grupos con valores propios de la cultura colectivista donde se le da mucha importancia a la aprobación de la colectividad y de los padres en particular. Por ello, la intervención con personas inmigrantes debería tener en cuenta este tipo de cuestio-

Cuadro 5. Acciones relacionadas con el género

- Evaluar la existencia de violencia sexual, trata y prostitución y derivar a recursos competentes.
- Intervención y mediación familiar especialmente pareja sobre los roles de género.
- Rol de maternidad, posible factor de autorealización personal y de mejora de estatus económico y social.
- Atenciones sanitarios ajustados a su cultura, embarazo, parto y puerperio (12) e informar de los recursos existentes que puedan prestarle atención.
- Fomentar grupos de autoayuda.
- Trabajar estrategias de empoderamiento.
- Asesoría legal/ laboral, regularización, reagrupamiento familiar
- Evaluar/prevenir prácticas tradicionales perjudiciales: ablación, matrimonios forzados, matrimonios menores.
- Fomentar y mantener las redes de apoyo social, autoayuda y familiar no solo en España sino transnacionales.

Cuadro 6. Acciones relacionadas con la espiritualidad

- Fomentar y favorecer sus prácticas religiosas/ espirituales , también en situaciones como una hospitalización, (la legislación española garantiza dicha atención).
- Favorecer que se relacione con personas de su comunidad religiosa.
- Ante sus ceremonias y rituales adoptar una actitud de permisividad a la vez que respeto.
- Compatibilidad sus rituales religiosos en los diferentes contextos (especialmente en los residenciales).
- Utilizar la religión como recurso personal del usuario, fuente de contingencias a sus conductas y agente normativo.
- Utilización de líderes espirituales como recurso de apoyo.

nes a la hora de fomentar por ejemplo comportamientos como la asertividad individualista, o poner trabas al envío de dinero a sus familias, que atenten al modelo familia comunitario. Por otro lado, es prioritario fomentar en todo momento el contacto con la familia que se encuentra en el país de origen.

7. Espiritualidad

En la sociedad occidental la religión se ha convertido en algo casi irrelevante, sin embargo, en ciertas culturas no se entiende el individuo sin la espiritualidad que da su sentido a todas las actividades públicas o privadas. Por tanto, creemos que la importancia de la espiritualidad hace que cualquier intervención psicosocial con personas inmigrantes debería contemplar el hecho religioso como algo relevante. El mundo académico suele contemplar la espiritualidad y religión como factores negativos; delirios religiosos, fanatismo o contemplándolos como aspectos vinculados a la tradición y que impiden el desarrollo individual y el cambio. Los aspectos religiosos habitualmente no se recogen en la historia clínica, lo que impide conocer cómo interviene el hecho religioso en la persona y utilizarlo como elemento explicativo de su conducta y de ayuda en la intervención.

En los últimos años ha habido un intento de estudiar el hecho religioso para determinar su efecto en diferentes

áreas. Al comienzo de la presente década, se llegaron a encontrar 1.200 estudios empíricos al respecto (13), de los cuales cerca del 90 % atestiguaban una influencia positiva de la religiosidad en la salud en diferentes áreas; recuperación de adicciones, sentimientos de bienestar, mayor nivel de satisfacción vital, remisión de la depresión, disminuye la ansiedad, el estrés y la depresión en pacientes con estrés postraumático, menor tasa de suicidio. Así mismo se ha visto la influencia de la religión en el incremento de la autoestima, creación de perspectivas cognitivas positivas y estados emocionales que buscan conducir al sujeto hacia un mayor y mejor ajuste y adaptación frente a sucesos de vida negativo o estresante.

8. Trabajo

En general, los/as inmigrantes que llegan a España son personas jóvenes, sanas y con grandes fortalezas que les han hecho completar con éxito su proceso migratorio y llegar hasta el país de acogida. El motivo principal de la migración es conseguir un trabajo y generalmente las personas inmigrantes están altamente motivadas para ello. Sería necesario que los/as profesionales y recursos, ajusten sus intervenciones a esta prioridad y que no sea incompatible con los, a veces, procesos muy lentos en los recursos de rehabilitación (necesidad de derivar a un CRL etc.).

9. Alimentación.

Todas las culturas dan una gran importancia a la alimentación. Comer es un fenómeno social, cultural y religioso. La biología no consigue explicar la complejidad y diversidad del comportamiento alimentario humano, los alimentos tienen un valor simbólico, están sujetos a tabúes o prohibiciones, preferencias, reglas, normas dietéticas diferentes. La cultura nos dice qué ingredientes utilizar y cuáles no, cuándo y en qué orden se comen, si pueden o no mezclarse y en qué momentos etc. El hombre se alimenta en consonancia con la sociedad a la que pertenece. La cultura define la gama de lo comestible y las prohibiciones alimentarias que eventualmente la diferencian de otros grupos humanos, a veces muy estrictas, como Halal/ Haram para los musulmanes o Kosher/ Terefath para los judíos. La infracción de una norma dietética puede interpretarse en algunas culturas como un atentado contra el orden divino y las leyes que derivan de él y traer consecuencias negativas para el individuo. Sería recomendable que se favorecieran sus pautas de alimentación especialmente en los recursos residenciales (centros de acogida, MR, pisos supervisados etc.) donde viven.

Cuadro 7. Acciones relacionadas con el trabajo

- Favorecer el tipo de regularización que incluya permiso de trabajo.
- Motivar para la formación, vencer la resistencia a hacer cursos o talleres no lucrativos.
- Motivar para el aprendizaje del castellano.
- Tratar de convalidar los títulos o conseguir el certificado de profesionalidad.
- Actuación ante las discriminaciones laborales y de derechos que pueden presentarse.
- Asesoramiento legal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kimlika W. (1996) Ciudadanía multicultural. Ed Paidós.
2. Purnel Larry D. (1999) “El modelo de competencia cultural de Purnell; descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación”. Cultura de cuidados 91. 2º semestre 1999. año III-nº 6.
3. Cohen-Emerique, M. (2013). “Por un enfoque intercultural en la intervención social”. Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa, 54, p. 11-38.
4. Martínez M. F. Martínez J. Calzado V. (2006). “La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social.” intervención psicosocial. vol. 15 n.º 3 págs. 331-350.
5. Fernández Liria F. Pérez P. y col. (2011) “Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental.” Cuadernos de la AEN. Ministerio de Sanidad, Política Social y Equidad.
6. Recalde Iglesias. F., Gallego Estremera, R., Hornillos Jerez C. (2019) “Análisis descriptivo de la población inmigrante atendida en la red pública de atención social a personas con trastorno mental grave de la comunidad autónoma de Madrid 2014-2016”, (2019) Revista de la asociación madrileña de rehabilitación psicosocial, diciembre año 18, nº33.
7. Giménez C. “introducción al fenómeno migratorio” basado en el texto publicado en que es la inmigración, colección integral de RBA editores . Octubre 2003
8. Raga Gimeno F. (2006) “Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario”, Retos del siglo XXI en comunicación intercultural: Revista española de lingüística aplicada, Vol. Extra 1, 217-229.
9. Navas Luque M. Rojas Tejada A.J. (2010). “Aplicación del modelo ampliado de aculturación relativa”, estudios y monografías 8, Junta de Andalucía.
10. Pérez. P. (2004). “Pícología y Psiquiatría Transcultural, prácticas para la acción” Desclee de Brower, Bilbao.
11. Sartorius N. Gulbinnat W. y col. (1997). “Seguimiento a largo plazo de la esquizofrenia en 16 países. Descripción del Estudio Internacional de la esquizofrenia desarrollado por la organización mundial de la salud,” Revista de neuro psiquiatría 60 (suplemento 1)
12. Raga Gimeno (2009) “Diferencias interculturales en el cuidado de la salud reproductiva”, Conferencia presentada en el Congrés de Comares, 23-25 de abril de 2009. Palma de Mallorca.
13. Valiente-Barroso, C. García Viguera E. (2010). “La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psico geriátrica”. Psicogeriatría 2 (3): 153-165