

# INTRODUCCIÓN A LA PRESENTACIÓN

- NUESTRO EQUIPO DE SALUD MENTAL SE ENCUENTRA UBICADO EN EL SUR DE ESPAÑA (ANDALUCÍA). ESTÁ FORMADO POR MÉDICOS-PSIQUIATRAS, PSICÓLOGOS CLÍNICOS, TRABAJADORES SOCIALES Y ENFERMEROS. ES UN SERVICIO REGIONAL DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL.

- ATIENDE A UNA POBLACIÓN DE UNOS 300,000 HABITANTES Y LOS PACIENTES SON REMITIDOS A NUESTRO CENTRO POR LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

- HASTA HACE RELATIVAMENTE POCO TIEMPO LOS CASOS ATENDIDOS RESPONDÍAN EN SU MAYORÍA A UNA CLÍNICA TRADICIONAL PADECIDA POR LA POBLACIÓN AUTÓCTONA.

- DADO EL CAMBIO EXPERIMENTADO EN NUESTRA COMUNIDAD, DEBIDO A LOS FACTORES TALES COMO LA GLOBALIZACIÓN, LA EMIGRACIÓN ETC. NUESTRAS ACTUACIONES CLÍNICAS HAN TENIDO QUE ADAPTARSE Y FRUTO DE ESTE PROCESO ES LA SIGUIENTE PRESENTACIÓN.

Globalización y Cambio Social

**NUEVOS RETOS EN LA CLÍNICA:  
El Síndrome de Ulises**

# INTRODUCCIÓN:

- EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS LA SOCIEDAD ESPAÑOLA HA CAMBIADO DE FORMA RADICAL.
- EL EFECTO DE LA GLOBALIZACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO HA TRANSFORMADO LA CONVIVENCIA.
- HAN SURGIDO NUEVAS REALIDADES Y CON ELLO NUEVOS PROBLEMAS.
- MUCHOS DE ESTOS PROBLEMAS SE MANIFIESTAN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL POR LO QUE ACABAN RECALANDO EN NUESTRAS CONSULTAS.

# CAMBIOS ACONTECIDOS:

## LA ESPAÑA DEL SIGLO XX

- DE ESTRUCTURA HOMOGÉNEA
- UNILINGÜE
- RAZA BLANCA
- DE UN SOLO CREDO
- FAMILIA TRADICIONAL

## LA ESPAÑA DEL SIGLO XXI

- MULTICULTURAL HETERÓGENA
- PLURILINGÜE
- MULTIÉTNICA
- DIVERSIDAD DE CREDOS
- FAMILIAS POSTMODERNAS

- LA SOCIEDAD ESPAÑOLA HA PASADO DE SER UNA SOCIEDAD ORIENTADA A LA SUPERVIVENCIA A SER UNA SOCIEDAD DE LAS LLAMADAS DEL “ESTADO DE BIENESTAR”.
- LA FAMILIA TRADICIONAL HA DADO PASO A TODO TIPO DE AGRUPACIONES VINCULARES: FAMILIAS MONOPARENTALES, HOMOPARENTALES, ENSAMBLADAS, ADOPTIVAS...
- EL MODELO HEREDADO DE CONVIVENCIA CON CÓDIGOS Y ROLES PREFIJADOS HA DESAPARECIDO DANDO LUGAR A FORMAS ALTERNATIVAS DE CONVIVENCIA Y MULTITUD DE CÓDIGOS ÉTICOS.(ÉPOCA DEL RELATIVISMO Y DEL “YO” SATURADO DE GERGEN).

# CAMBIOS FUTUROS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

- TRASTORNOS AFECTIVOS DIFUSOS (LÍMITES POCO CLAROS, FRUTO DEL DESENCANTO).
- AUMENTO DE LOS DUELOS (SOCIEDAD CON ESCASA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN).
- TRASTORNOS ALIMENTARIOS (RELACIONADOS NO CON LA CANTIDAD SINO CON LA CALIDAD: VIGOREXIA, ORTOREXIA).
- NUEVAS ADICCIONES (ASOCIADAS A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: ANACORETA TECNOLÓGICO, EGO SURFING)

- AUMENTO DEL SÍNDROME DE DIÓGENES.
- CUADROS CLÍNICOS DEL DOLOR (CEFALALGIAS, FIBROMIALGIAS).
- INCREMENTO DE LOS TRASTORNOS POR DETERIORO (ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN).
- DISEASE MONGERING (PATOLOGIZAR SITUACIONES PSICOSOCIALES: MOBBING, BURNOUT ).
- PATOLOGIAS SURGIDAS DE LA MULTICULTURA-LIDAD.

# EL SÍNDROME DE ULISES

## Ulysses Syndrome



EL DUELO MIGRATORIO

Migratory Grief



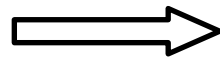
# SÍNDROME DE ULISES

## INTRODUCCIÓN:

- ES UN PROBLEMA DE SALUD EMERGENTE EN LOS PAÍSES DE ACOGIDA DE INMIGRANTES QUE SURGE EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACIÓN.

- ESPAÑA EN POCOS AÑOS HA PASADO DE SER UN

PAÍS DE EMIGRANTES



PAÍS DE INMIGRANTES

### **AÑOS 60:**

EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA SE DIO UNA FUERTE EMIGRACIÓN HACIA LOS PAÍSES CENTRO EUROPEOS.

### **AÑOS 70:**

COMIENZA UN DESCENSO EN LA EMIGRACIÓN LLEGANDO A FINALES DE LA DÉCADA A UN SALDO EMIGRATORIO NIVELADO.

### **AÑOS 90:**

EL FLUJO EMIGRATORIO SE INVIERTE. SE TOMA DE CONCIENCIA Y SE COMIENZA HABLAR DEL FENÓMENO SOCIAL.

# LA EMIGRACIÓN EN CIFRAS

AÑO 1995  1.000.000 DE INMIGRANTES.

AÑO 2010  7.000.000 DE INMIGRANTES.

- EL NUMERO DE ECUATORIANOS SE HA INCREMENTADO EN 90 VECES. EL DE RUMANOS 264 VECES.
- ESPAÑA PRESENTA LA MAYOR TASA DE INMIGRACIÓN DEL MUNDO (8 VECES MÁS QUE LA FRANCESA Y 4 MÁS QUE LA AMERICANA).
- POBLACIONES DEL LEVANTE COMO: CALPE, JÁVEA, TIENEN UN 58% Y 51% DE POBLACIÓN EXTRANJERA.

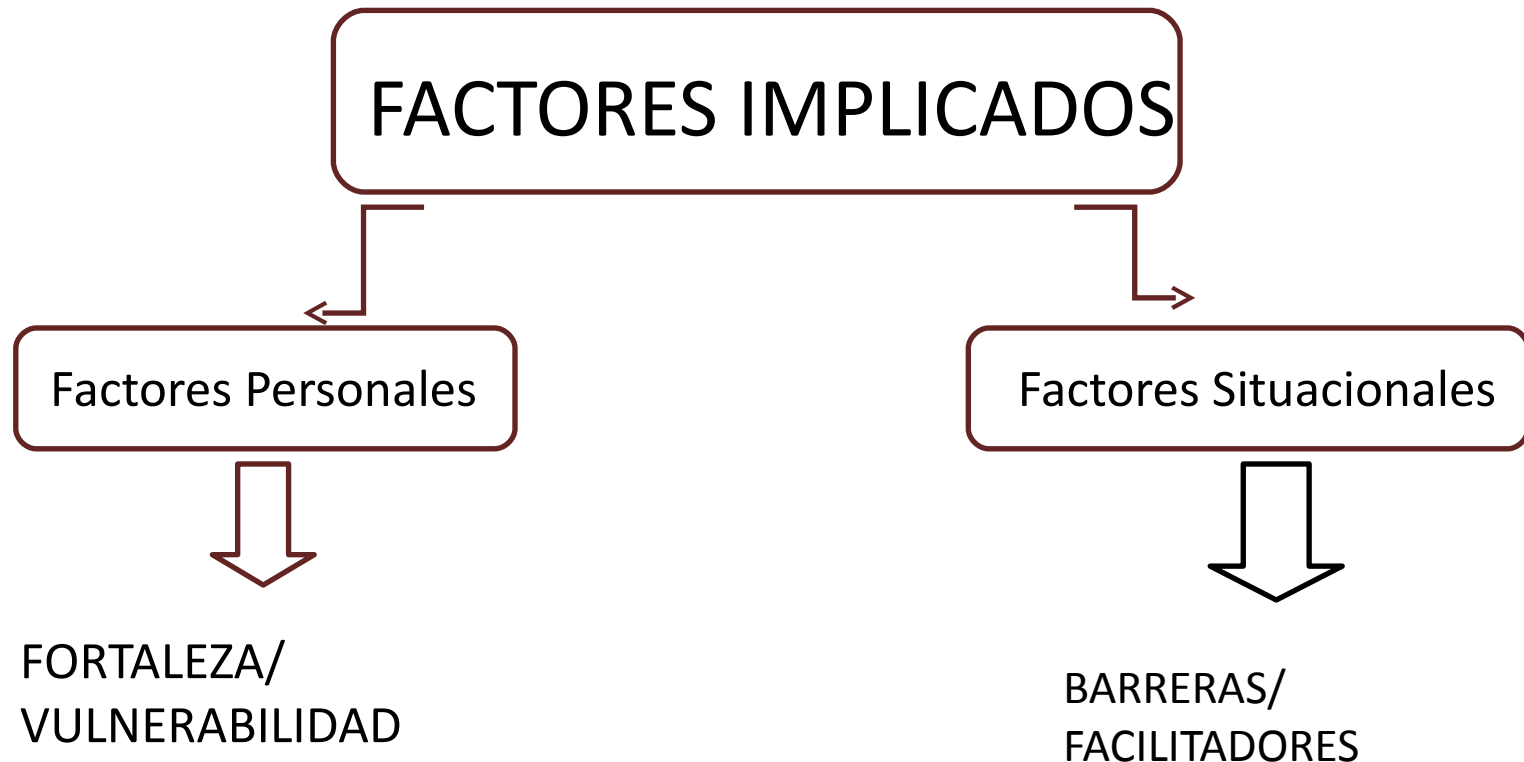
# SÍNDROME DE ULISES: DEFINICIÓN

- SE TRATA DE UN SÍNDROME DESCRITO POR EL PSIQUIATRA JOSEBA ACHOTEGUI:

*“ SERÍA DE UN CUADRO DE EXTREMO ESTRÉS PADECIDO POR LA POBLACIÓN INMIGRANTE QUE PROVOCA UN DUELO IMPOSIBLE DE ELABORAR QUE PUEDE DESEMBOCAR EN TRASTORNOS AFECTIVOS Y PÉRDIDA DE LA SALUD”.* **DUELO MIGRATORIO.**

- EN EL TERRENO DE LA SOCIOLOGÍA SE HABLA DE:

**ESTRÉS DE ACULTURACION:** ENTENDIENDOSE LA ACULTURACIÓN COMO EL PROCESO DE APRENDIZAJE DE NUEVAS REGLAS CULTURALES Y DE ADAPTACIÓN AL NUEVO SITIO DE RESIDENCIA.



# SINTOMATOLOGÍA:

- DEPRESIÓN: TRISTEZA, LLANTO, BAJA AUTOESTIMA, IDEACIÓN SUICIDA.
- ANSIEDAD: PREOCUPACIONES OBSESIVAS, RECURRENTES, IRRITABILIDAD, INSOMNIO.
- SOMATIZACIONES: CEFALEAS, FATIGA...
- CUADROS CONFUSIONALES: TRAS. DE IDENTIDAD, DESCONFIANZA, TEMOR...

(AUMENTO DE LA VULNERABILIDAD/DESCIENDE EL UMBRAL DE ALTERACIÓN PSÍQUICA).

# ESTRESORES:

- LUCHA POR LA SUPERVIVENCIA
- EL DESARRAIGO: Cambios de lengua, cultura, familia...
- MIEDO: A la deportación, mafias
- SOLEDAD: Red social empobrecida
- RECALAN EN NICHOS SOCIOLÓGICOS MAS MARGINALES. (Fenómenos del *Catch 22* y *Three "Ds"*).

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

NO CONSTITUIRÍA UN DUELO, NI UN TRASTORNO POR ESTRÉS AUNQUE COMPORTE CIERTAS SIMILITUDES CON AMBAS REALIDADES CLÍNICAS.

## DOS ÁREAS

**Estrés**(trastorno adaptativo): hace referencia a las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del sujeto.

**Duelo**: proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando la persona pierde algo significativo.



# DIFERENCIAS CON EL DUELO

- EL DUELO MIGRATORIO NO ES UNA PÉRDIDA, ES UNA SEPARACIÓN.
- EL DUELO MIGRATORIO TIENE CARÁCTER MÚLTIPLE, NO SE CENTRA EN UNA SOLO FOCO DE ESTRÉS (EJ. MUERTE DE UNA PERSONA ALLEGADA).
- ES DE TIPO RECURRENTE (SE VIVENCIA CADA VEZ QUE SE RETORNA DEL LUGAR DE PROCEDENCIA).

- **LA INMIGRACIÓN COMO PÉRDIDA AMBIGUA:** SEGÚN P. BOSS, SERÍAN PÉRDIDAS INCONCLUSAS, NO SE SABE SÍ SON DEFINITIVAS O TEMPORALES, LO QUE IMPIDE EL CIERRE Y LOS RITOS DE SOPORTE SOCIAL:

DOS TIPOS  
DE  
PERDIDAS  
AMBIGUAS

**Decir adiós sin marcharse:** el ser querido está presente pero su mente no. Ausencia psicológica (demencias, traumatismos cerebrales...)

**Marcharse si decir adiós:** ausente físicamente pero presente psicológicamente. no es segura su muerte (desaparecidos , familias de inmigrados...)

DUELOS CONGELADOS, AMBIGÜEDAD DE LA AUSENCIA Y LA PRESENCIA, SIN CIERRE Y SIN RITOS DE DESPADIDA\* ...

# ASPECTOS CLÍNICOS

EL FENÓMENO MIGRATORIO PUEDE AFECTAR:

1. A LA PERSONA EMIGRADA
2. A LA SEGUNDA GENERACIÓN (PROBLEMAS TRANSGENERACIONALES)
3. RELACIONES DE AUTÓCTONOS-EMIGRADOS

# 1. LA PERSONA EMIGRADA: ASPECTOS CLÍNICOS

- LA CLÍNICA DEPENDERÁ DE LA ETAPA EN LA QUE SE ENCUENTRE EL PACIENTE:

- I. NEGACIÓN
- II. RESISTENCIA
- III. ACEPTACIÓN
- IV. RESTITUCIÓN

# I. ETAPA DE NEGACIÓN

- APARECE EN EL PRIMER TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL PAÍS DE ACOGIDA. SE NIEGAN LAS PERDIDAS Y CAMBIOS (TODO ES SIMILAR A SU PAÍS).
- LOS MECANISMOS DE DEFENSA SUELEN SER LOS DE NEGACIÓN Y RACIONALIZACIÓN.
- INCREMENTO DE LA TENSIÓN PSICOBIOLOGICA, PERO LOS SENTIMIENTOS (TRISTEZA, PÉRDIDA, MIEDO) NO TIENEN ACOMODO EN EL ESPACIO PSÍQUICO.

# SOMATIZACIONES

## EXPRESIÓN CLÍNICA EN LA FASE DE NEGACIÓN

→ ALGIAS: Cefalalgia.....

→ FATIGA, ASTENIA..

→ CUADROS PSICOSOMÁTICOS.

## II. ETAPA DE RESISTENCIA

- LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO:
  - LA PROYECCIÓN: NO SE NIEGA EL MALESTAR PERO LA CAUSA SON SIEMPRE LOS “OTROS”.
  - LA REGRESIÓN: AL SENTIRSE ABRUMADOS, SE MUESTRAN INSEGUROS, DEPENDIENTES.
  - LA AMBIVALENCIA: CUANDO ESTÁN EN EL PAÍS DE ORIGEN AÑORAN Y MAGNIFICAN LAS VENTAJAS DEL PAÍS DE ACOGIDA Y AL REVÉS.

**EXPRESIÓN  
CLÍNICA  
EN LA FASE  
DE  
RESISTENCIA**

```
graph LR; A[EXPRESIÓN CLÍNICA EN LA FASE DE RESISTENCIA] --> B[CUADROS DE ANSIEDAD, INSOMNIO, DISFORIA. SON PACIENTES PROCLIVES A PROYECTAR.]; A --> C[CUADROS DEPRESIVOS, FÓBICOS-EVITATIVOS. EN PACIENTES CON TENDENCIAS REGRESIVAS.(Autocríticos).];
```

**CUADROS DE ANSIEDAD, INSOMNIO,  
DISFORIA.**

**SON PACIENTES PROCLIVES A  
PROYECTAR.**

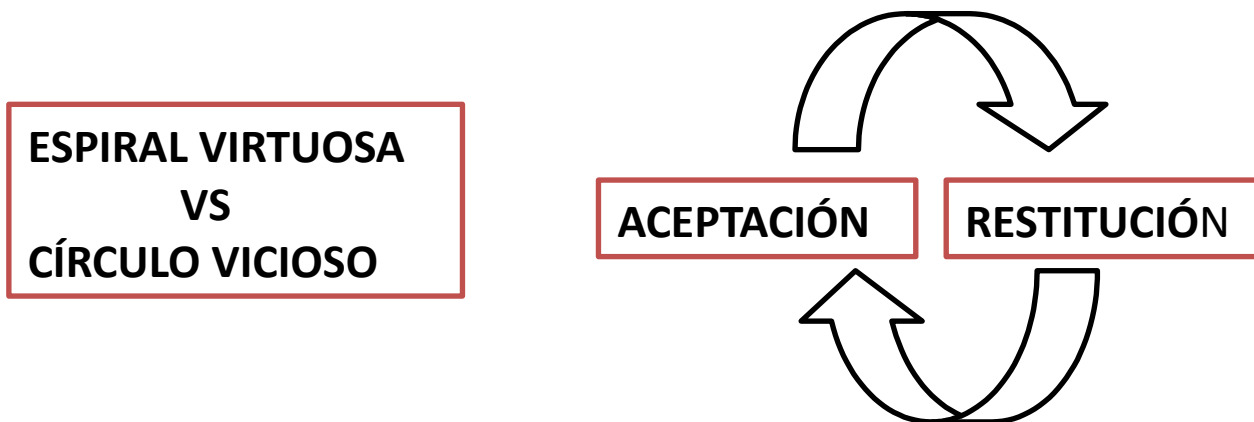
**CUADROS DEPRESIVOS, FÓBICOS-  
EVITATIVOS.**

**EN PACIENTES CON TENDENCIAS  
REGRESIVAS.(Autocríticos).**



# III. ETAPA DE ACEPTACIÓN/RESTITUCIÓN

- LOS PROCESOS DE COPING SON MÁS REALISTAS Y EFECTIVOS. TOMA DE CONCIENCIA DEL PROBLEMA.
- SE INSTAURAN MECANISMOS PARA COMPENSAR LAS PÉRDIDAS (EJ. ASOCIACIONES, CLUBES...).
- EN EL INDIVIDUO SE ACTIVAN BUCLES (LOPS) POSITIVOS



## 2. LA SEGUNDA GENERACIÓN: ASPECTOS CLÍNICOS

- SON PROBLEMAS SURGIDOS EN EL CONTEXTO DEL BICULTURALISMO: IDENTITARIOS Y DE SOCIALIZACIÓN
- LOS HIJOS ADOPTAN EL PAPEL DE CABEZA DE PUENTE ENTRE SU FAMILIA QUE NUNCA TERMINÓ DE ADAPTARSE Y LA SOCIEDAD DE ACOGIDA.

- EN OCASIONES SUELEN ESTAR SOMETIDOS A CONFLICTOS DE LEALTADES ENTRE LA FIDELIDAD A LA CULTURA DE SUS PADRES (ANCESTROS) O A SU GRUPO DE PERTENENCIA EN EL PAIS DE ACOGIDA.
- MÁS PROCLIVES A LOS FUNDAMENTALISMOS IDENTITARIOS. (Replegamiento identitario)

- LA CLÍNICA DEL JOVEN DEPENDERÁ DE LA ACTITUD QUE ADOPTE FRENTE GRUPO SOCIAL DOMINANTE EN EL QUE VIVE:

- I. ASIMILACIÓN.

- II. CONFRONTACIÓN.

- III. INTEGRACIÓN.

# ASIMILACIÓN

```
graph LR; A([ASIMILACIÓN]) --> B[La persona anula su cultura de procedencia incorporando las pautas de la sociedad de acogida.]; A --> C["Clínica: sentimientos de inferioridad, síntomas de carácter depresivo, riesgo de aislamiento social..."];
```

La persona anula su cultura de procedencia incorporando las pautas de la sociedad de acogida.

**Clínica:** sentimientos de inferioridad, síntomas de carácter depresivo, riesgo de aislamiento social...

## CONFRONTACIÓN

```
graph LR; A([CONFRONTACIÓN]) --> B[La persona adopta actitudes hostiles frente el grupo dominante, procesos excluyentes de socialización]; A --> C["Clínica: aparición de rasgos antisociales, trastornos adaptativos..."];
```

La persona adopta actitudes hostiles frente el grupo dominante, procesos excluyentes de socialización

**Clínica:** aparición de rasgos antisociales, trastornos adaptativos...

# INTEGRACIÓN

```
graph LR; A([INTEGRACIÓN]) --> B[Es la manera más adaptativa, no se trata tanto de elegir sino de integrar.]; A --> C[Clínica: desajustes temporales que no configuran síntomas, dentro de un desarrollo armónico.];
```

Es la manera más adaptativa, no se trata tanto de elegir sino de integrar.

**Clínica:** desajustes temporales que no configuran síntomas, dentro de un desarrollo armónico.

### 3. REALACIONES AUTÓCTONOS/EMIGRADOS (El amor entre diferentes culturas)

- EN ESTOS ÚLTIMOS AÑOS ASISTIMOS A UN FENÓMENO NUEVO : LA INTERACCIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA CON OTRAS ETNIAS O CULTURAS A TRAVÉS DE VÍNCULOS DE PAREJA, PROCESOS ADOPTIVOS ...
- LA CLÍNICA VA HA DEPENDER DEL MOMENTO DE LA RELACIÓN: TRAS UN PERIODO DE “LUNA DE MIEL” SURGEN TENSIONES QUE PUEDEN DESEMBOCAR EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (CONFLICTOS DE PAREJA, TRASTORNOS AFECTIVOS, TRASTORNOS DE ESTRÉS...).



# PSICOTERAPIAS MULTICULTURALES Multicultural Psychotherapy

1). INTRODUCCIÓN

2). CUESTIONES METODOLÓGICAS

3). LÍNEAS DE TRATAMIENTO

# 1). INTRODUCCIÓN

LA COMPETENCIA CULTURAL CLÍNICA COMO CRITERIO DE CALIDAD ASISTENCIAL HACE REFERENCIA A QUE LAS INTERVENCIONES (DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO) PRECISAN DE UN CIERTO CONOCIMIENTO DEL GRUPO CULTURAL AL QUE PERTENECE EL PACIENTE\*.

## 2).CUESTIONES METODOLOGICAS

- UN ABORDAJE TRANSCULTURAL REQUIERE UN CAMBIO EPISTEMOLÓGICO, METODOLÓGICO Y CONCEPTUAL.
- AVANZAMOS HACIA SOCIEDADES GLOBALIZADAS DONDE AFLORAN DINÁMICAS COMPLEJAS QUE REQUIEREN UN CAMBIO DE PARADIGMA.
- HISTÓRICAMENTE LA PSICOTERAPIA SE HA CENTRADO EN UNOS PATRONES DE CONDUCTA, PENSAMIENTOS Y EMOCIONES SIN TENER EN CUENTA LAS DIFERENCIAS CULTURALES (W.A.S.P.).

- SE TRATA SUPERAR LAS LIMITACIONES DE LA CIENCIA CLÁSICA INCORPORANDO LAS NUEVAS CONCEPCIONES DONDE:
  - SE DESECHA EL CONCEPTO DE VERDAD ABSOLUTA (hipótesis plausibles, causas probabilísticas).
  - SE HABLA SISTEMAS ABIERTOS (retroalimentados, bucles recurrentes).
  - SE ALUDE A FENÓMENOS NUEVOS (Efecto Mariposa, Teoría del Punto Critico, Efectos Sinérgicos).
  - MODELOS EXPLICATIVOS (multicausales, holísticos, ecológicos, menos reduccionistas).
  - INTEGRACIÓN DE LOS AVANCES EN NEUROCIENCIAS: neuronas espejo,

# 3). LÍNEAS DE TRATAMIENTO

(ORIENTACIONES BÁSICAS):

- EVITAR ACERCAMIENTOS PATERNALISTAS BIEN INTENCIONADOS.
- SER CONSCIENTE DE NUESTRO ETNOCENTRISMO (De tal manera que la catalogación de los síntomas sean sometidos a la interpretación cultural).

- PSICOTERAPIAS MÁS ECOLÓGICAS (T. Cognitivas, Sistémicas, adaptadas a la idiosincrasia del paciente).
- HISTORIAS CLÍNICAS ABIERTAS A NUEVOS FACTORES COMPLEMENTANDO LAS PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CON LAS BASADAS EN LA NARRATIVA (MEDICINA BASADA EN LA NARRATIVA).
  - a. RECOGER LA FASE ADAPTATIVA EN LA QUE SE ENCUENTRE EL PACIENTE.
  - b. DETECTAR LAS ESTRATEGIAS DE COPING/ DEFENDING.
  - c. VALORAR TIPO Y CALIDAD DE RED SOCIAL.

# CASOS PRÁCTICOS

TRABAJANDO LAS  
DIFERENCIAS  
WORKING DIFFERENCES

# CASO N°1: LAS HUELLAS QUE NO PODRÁ BORRAR EL ATLÁNTICO

**MOTIVO DE CONSULTA:** CHICO DE 10 AÑOS CON DIFICULTADES DE RENDIMIENTO ESCOLAR, DESCONCENTRACIÓN, SÍNTOMAS DE TDAH. OTRO HERMANO TAMBIÉN EN TRATAMIENTO PERO POR TRASTORNOS DE CONDUCTA.

**HISTORIA FAMILIAR:** PADRE CHILENO QUE TRAS EL DIVORCIO VIAJA A ESPAÑA BUSCANDO UNA VIDA MEJOR. LA ESPOSA (SUPUESTAMENTE CON PATOLOGÍA DEPRESIVA) NO AFRONTA LA SEPARACIÓN Y SE SUICIDA, LOS DOS HIJOS ( 10 Y 12 AÑOS) SON LOS QUE DESCUBREN EL CADAVER. LOS NIÑOS SON ACOGIDOS POR LOS ABUELOS MATERNOS EN DONDE SE CULPA AL PADRE POR EL SUICIDIO DE LA MADRE. ÉSTE A SU VEZ ENCUENTRA PAREJA EN ESPAÑA Y TRANSCURRIDO UN TIEMPO RETORNA A CHILE CON SU PAREJA PARA LLEVARSE A SUS HIJOS A ESPAÑA.



**SITUACIÓN ACTUAL:** LOS HIJOS CONVIVEN CON EL PADRE (38 AÑOS) Y SU PAREJA (26 AÑOS). AMBOS TRABAJABAN EN EL MERCADO MEDIAVAL, ACTUALMENTE EN PARO.

**1ª SESIÓN:** AL INICIO DE LA ENTREVISTA CON OBJETO DE RECOGER LA FILIACIÓN PREGUNTAMOS A LA PAREJA DEL PADRE, QUE SÍ ELLA ES LA MADRE, LA CUAL NOS DICE QUE PREFIERE NO RESPONDER DELANTE DE LOS NIÑOS. (UNA VEZ LOS NIÑOS AUSENTES NOS RELATAN LA HISTORIA FAMILIAR).

## 2ª SESIÓN:

- CON OBJETO DE APOYAR AL PADRE EN SU RETO ADAPTATIVO (QUE A LA POSTRE REPERCUTIRÍA EN TODA LA FAMILIA), LE PREGUNTAMOS COMO LE VA EN ESPAÑA... RESPUESTA: “NO HAY GRAN DIFERENCIA CON CHILE...”
- CON INTENCIÓN DE DESDRAMATIZAR Y ALIVIAR A LA FAMILIA DEL SUICIDIO MATERNO, REFERIMOS LA CAPACIDAD DE SUPERACIÓN QUE SUELEN TENER LOS NIÑOS... RESPUESTA: “ESO YA ESTÁ PASADO, QUEDÓ ATRAS...”
- ALUDIMOS A LA NECESIDAD DE DAR UN TIEMPO A LOS NIÑOS PARA SU ADAPTACIÓN A ESPAÑA (INCLUIDA LA ACEPTACIÓN DE LA NUEVA MADRE) Y QUE TAL VEZ ELLO PUDIERA INFLUIR EN SU CONDUCTA EN EL AULA... RESPUESTA: “LOS PROBLEMAS ESCOLARES YA LOS TENÍA EN CHILE...”

- **RESUMEN DEL CASO:** (HACE REFERENCIA AUN SÍNDROME DE ULISES FAMILIAR EN FASE DE NEGACIÓN)
- TAL VEZ LA NEGACIÓN COMO DICE P. BOSS, ES POSITIVA EN UNA FAMILIA QUE NO PUEDE ASIMILAR UNA REALIDAD AUNQUE EL COSTE FUTURO ES ALTO.
- **FINAL DEL CASO:** LA FAMILIA NO VOLVIÓ A PEDIR CITA, AUNQUE PASADO UN TIEMPO SUPIMOS QUE EL PADRE ESTABA EN TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN...

# CASOS Nº 2 Y Nº 3

## “LOS NUEVOS MESTIZAJES”

(HACE REFERENCIA A LAS PAREJAS MULTICULTURALES)

EN LAS SOCIEDADES ACTUALES EN DONDE LA DIVERSIDAD ESTA CADA VEZ MÁS PRESENTE, EN OCASIONES LAS DISTINTAS CULTURAS ENTRAN EN CONTACTO.

UNA DE LAS MANERAS ES A TRAVÉS DEL VÍNCULO DE PAREJA, EN EL CUAL CADA MIEMBRO DEPOSITA UNA ESPERANZA DISTINTA:

- ENCONTRAR ALGO DISTINTO (EL AUTÓCTONO)
- MEJORAR SU INTEGRACIÓN (EL EMIGRADO)

A PESAR DE LA DISPARIDAD DE ENLACES PODEMOS SEÑALAR DOS TIPOS DE CASAMIENTOS.

TIPOLOGIA  
RELACIONAL



**PRIMEROS ENLACES:**

SON PAREJAS DE NUEVA  
CREACIÓN

**SEGUNDOS ENLACES:**

SEGUNDOS MATRIMONIOS QUE  
VAN A CONFIGURAR LAS LLAMADAS  
FAMILIAS ENSAMBLADAS

## I. **PRIMEROS ENLACES:**

PERSONAS AUTÓCTONAS CON UN PERFIL DE PERSONALIDAD CON RASGOS DE INTROVERSIÓN SOCIAL O RESIDIENDO EN MEDIOS MÁS AISLADOS, ETC.

TRAS UN PERIODO DE “LUNA DE MIEL” SURGEN LAS DIFERENCIAS INTERCULTURALES LOS CONFLICTOS Y EL DESNCANTO LO QUE HACE QUE EN OCASIONES ACABEN SOLICITANDO AYUDA EN SALUD MENTAL.

## II. **SEGUNDOS ENLACES:**

LA CRISIS DEL PRIMER MATRIMONIO SE RESUELVE CON ELECCIÓN DE UNA SEGUNDA PAREJA EXTRANJERA. EN UN PRIMER MOMENTO SUELE SER LA PRIMERA ESPOSA QUIEN RECURRE EN AYUDA TERAPÉUTICA CON CUADROS AFECTIVOS RELACIONADOS CON EL DESAMPARO. EN OTRAS OCASIONES LA CONSULTA ES DEMANDADA POR EL CÓNYUGE QUE INICIÓ LA RUPTURA, UNA VEZ FINALIZADO EL PERIODO DE “LUNA DE MIEL” CON SU NUEVA PAREJA.

# CASO N°2: EL SINDROME DE PIGMALIÓN

**MOTIVO DE CONSULTA:** PACIENTE CON ABATIMIENTO, TRISTEZA, DESVITALIZACIÓN, INSOMNIO, IDEACIÓN NEGATIVA, RESENTIDO CON SU SUERTE. TODO ELLO ACONTECE A RAÍZ DE EL ABANDONO DE SU ESPOSA HACE UNOS AÑOS.

- NOS CUENTA QUE CONOCIÓ A SU PAREJA EN UN CLUB DE ALTERNE. NUNCA HABÍA ESTADO EN ESE TIPO DE LUGARES, PERO FUE CONVENCIDO POR SU AMIGO.
- ALLÍ ESTABA SU FUTURA MUJER DE ORIGEN BIELORUSO, SEGÚN NOS RELATA: DE RASGOS MUY ATRACTIVOS AUNQUE “HECHA POLVO” POR LA DROGA Y EL TIPO DE VIDA QUE LLEVABA”.



- LA RELACIÓN CON EL PADRE ERA RESPETUOSA, AUNQUE DISTANTE Y DE ESCASO ENTENDIMIENTO, EN DONDE FLOTABA EN EL AMBIENTE LA AUSENCIAS DE LAS HERMANAS (FIGURAS MEDIADORAS).
- DE PROFESIÓN CONDUCTOR DE CAMIONES, DE CARÁCTER SERIO, MELANCÓLICO, ESCASAMENTE SOCIABLE, RESPONSABLE, SOLITARIO, CON UNA ESCASA RED SOCIAL.

- CON RESPECTO SU PAREJA, ERA UNA CHICA BIELORUSA DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA, CON EL DOMINIO DE TRES IDIOMAS, QUE TRAS SALIR DE SU PAÍS COMIENZA UNA PEREGRINACIÓN HASTA RECALAR EN DICHO LUGAR.
- EL PACIENTE NOS COMENTA QUE TRAS UNA LUCHA TENAZ (ACOGIDA EN SU CASA, PAGAR A LAS MAFIAS, REHABILITACIÓN...) PUDO RESCATARLA DE UN DESTINO FATAL.
- DESPUES DE UN PERIODO DE CONVIVENCIA ARMÓNICA, COMIENZAN A APARECER DIFERENCIAS. ELLA RETOMA LOS ESTUDIOS, SE INTRODUCE EN CÍRCULOS CULTURALES, CONOCE A NUEVAS AMISTADES...

- ÉL COMENTABA QUE LA QUERÍA MUCHO CON “TODA SU ALMA”, PERO QUE DEJÓ PRONTO LA ESCUELA Y SOLO ENTENDÍA DE CAMIONES Y ESO LE HACÍA SENTIRSE INFERIOR A ELLA. EN OCASIONES ENCONTRABA A SU PAREJA TRISTE DE LO QUE SE SENTÍA RESPONSABLE.
- DESPUÉS DE VARIAS CRISIS DE PAREJA E INTENTOS DE RECONCILIACIÓN, ELLA LO “ABANDONA”.
- TRAS LA RUPTURA VOLVIÓ A SU VIDA MONÓTONA Y SOLITARIA, SUMIDO, AÚN SI CABE, EN UNA MAYOR MELANCOLÍA.

- LA DECISIÓN DE SOLICITAR CONSULTA VINO MOTIVADA PORQUE UN DÍA PASEANDO POR UN BARRIO DE CLASE ACOMODADA SE ENCONTRÓ CON SU ANTIGUA PAREJA CON UN NIÑO DE LA MANO Y ELLO LE PROVOCÓ UN GRAN MALESTAR ANÍMICO.
- **FINAL DEL CASO:** TRAS ALGUNAS SESIONES EN DONDE SE TRABAJÓ EL DUELO ACTUAL (RUPTURA MARITAL), ASÍ COMO LAS PÉRDIDAS FAMILIARES DESDE UN ENFOQUE NARRATIVO (WHITE, EPSTON) EL PACIENTE PUDO IR SUPERANDO E INCORPORANDO A SU “SELF” NUEVAS REALIDADES.

## CASO N° 3: CON EL CORAZÓN EN PERNANBUCO.

- **MOTIVO DE CONSULTA:**

EL CONFLICTO DE PAREJA SURGIDO ENTRE UN CHICO DE CÓRDOBA (POBLACIÓN ESPAÑOLA), DE CLASE MEDIA, HIJO ÚNICO, CRIADO EN UNAS COSTUMBRES CONSERVADORAS, SIN RELACIONES PREVIAS DE PAREJA Y UNA CHICA BRASILEÑA CON UN HIJO FRUTO DE UNA RELACIÓN ANTERIOR CON UN CIUDADANO DE USA.

- EN ESTE CASO SE TRATABA DE TRABAJAR NO SOLO LOS ASPECTOS RELACIONALES DE LA PAREJA SINO DE ARMONIZAR DOS CULTURAS, DOS VISIONES DEL MUNDO, DOS ESTILOS DE VIDA.
- EN UN SEGUNDO MOMENTO Y TENIENDO EN CUENTA EL REFERIDO “BACKGROUND”, SE INTENTÓ DARLE ACOMODO EN EL ESPACIO RELACIONAL A LOS VINCULOS FAMILIARES DE ÉL ASI COMO A LOS SENTIMIENTOS DE AÑORANZA DE LA ESPOSA POR SU CIUDAD NATAL (PERNANBUCO/BRASIL) SIN QUE AMBAS REALIDADES SE VIVIERAN COMO AMENAZANTES.

- DESDE EL MODELO DE LA TERAPIA CONSTRUCTIVISTA SE INTENTÓ QUE LA RELACIÓN DE PAREJA NO ESTUVIERA MEDIADA POR HISTORIAS, MITOS, PREJUICIOS CULTURALES, ASÍ COMO PODER DECONSTRUIR CIERTAS REALIDADES QUE ESTABAN DISTORSIONANDO UN ACERCAMIENTO MÁS REAL.
- FUE IMPORTANTE EL TENER PRESENTE DURANTE LA TERAPIA QUE EL TERAPEUTA PROCEDÍA DE LA MISMA REALIDAD CULTURAL DEL ESPOSO, POR LO QUE EN ALGUNOS CASOS PROCURÓ LA “DESCENTRACIÓN” Y EN OTRAS SE ACEPTARON LAS LIMITACIONES.

# CASO N°4 ¡VIVA MÉXICO!

- AUNQUE EN UN PRINCIPIO TENDEMOS A PENSAR QUE LAS DIFERENCIAS CULTURALES SON FACTORES QUE COMPLICAN LAS PSICOTERAPIAS, EN OCASIONES SE CONVIERTEN EN ELEMENTOS FACILITADORES

## **MOTIVO DE CONSULTA:**

- MUJER DE 38 AÑOS REMITIDA POR SU MÉDICO A NUESTRO CENTRO POR DESEO DE TENER UN HIJO PERO CON UN INTENSO MIEDO AL PARTO (TOCOFOBIA).
- COMO DATO MÁS SOBRESALIENTE DE SU HISTORIA, FIGURAN LAS MALAS EXPERIENCIAS QUE PADECIÓ SU HERMANA MAYOR EN RELACIÓN CON SUS EMBARAZOS (ABORTOS, PARTOS COMPLICADOS...)



- EL ESPOSO ERA DE ORIGEN MEXICANO AFINCADO EN ESPAÑA. PUDIMOS ADVERTIR EN ÉL UN PROCESO DE ADAPTACIÓN EN DONDE DEJÓ APARCADA TODA SU CULTURA Y SUS EXPERIENCIAS (SOBREADAPTACIÓN) DEDICÁNDOSE AL CUIDADO Y ATENCIÓN DE SU ESPOSA.
- LOS MIEDOS IMPEDÍAN A LA PACIENTE TENER RELACIONES SIN UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.
- EN EL TRANSCURSO DE LA TERAPIA LA PACIENTE REALIZA UN VIAJE DE VACACIONES A CHIHUAHUA (CIUDAD DEL MARIDO) Y ES ALLÍ DONDE SE ATREVE POR PRIMERA VEZ A TENER RELACIONES SEXUALES SIN BARRERAS ANTICONCEPTIVAS QUEDANDO EMBARAZADA.

- AUNQUE LA PACIENTE EXPRESÓ SU AGRADECIMIENTO A LA TERAPIA , PENSAMOS QUE EL HABER CAMBIADO SU CONTEXTO FAMILIAR, POR UN ENTORNO MEXICANO: ALTA VALORACIÓN A LA MATERNIDAD, SOCIEDAD VITALISTA, CON UNA MEJOR GESTIÓN DE LOS MIEDOS Y RIESGOS, LE SIRVIÓ DE GRAN AYUDA.
- OTRO ASPECTO POSITIVO QUE PUDIMOS APRECIAR EN LA PACIENTE, FUE EL PODER VALORAR EL ESFUERZO ADAPTATIVO DE SU MARIDO DADO QUE PERMANECIÓ TRES MESES EN MEXICO, Y PUDO CONOCER LA CONDICIONES DE VIDA MÁS DURAS Y DIFERENTES A LAS DE ESPAÑA. ( ÉL NO SOLÍA EXTERIOZIAR SUS HISTORIA Y VICISITUDES PASADAS).

- SEÑALAR IGUALMENTE QUE AUNQUE LA MAYORÍA DE LAS EXPERIENCIAS Y RECUERDOS DEL HIJO CUANDO CREZCA ESTARAN REEFERENCIADAS A ESPAÑA, SU PRIMERA HISTORIA, LA DE LA CONCEPCIÓN, ESTARÁ VINCULADA A MÉXICO.
- SÍ ESTAMOS DE ACUERDO QUE LAS HISTORIAS UNEN, ENTRELAZAN AFECTOS, FORJAN UNOS VINCULOS, EN LA HISTORIA DE ESTA FUTURA FAMILIA LA APORTACIÓN MEXICANA QUEDARÁ INDELEBLE.

# CASO Nº 5 LOS FANTASMAS DEL RETORNO (La segunda generación)

## INTRODUCCIÓN

ESTA HISTORIA FUE RECOPIADA TRANSCURRIDOS TRES AÑOS DESDE QUE FUERON REGISTRADOS LOS PRIMEROS CASOS. ESPAÑA YA HABÍA ENTRADO EN LA CRISIS Y LAS CONDICIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES ERAN BASTANTE ADVERSAS.

MOTIVO DE CONSULTA CHICA DE 17 AÑOS DE ORIGEN COLOMBIANO REMITIDA POR ATENCIÓN PRIMARIA POR ALTERACIÓN EMOCIONAL: LLANTO, IRRITABILIDAD, DISPUTAS CON LA MADRE, LLAMADAS DE ATENCIÓN, TENTATIVA DE SUICIDIO, FRACASO ESCOLAR, FUGA DE CASA

## **HISTORIA FAMILIAR**

LA MADRE DE PROFESION MAESTRA NOS COMENTA QUE FUE ELLA QUIEN VINO SOLA PARA REALIZAR UN PRIMER “ASENTAMIENTO”, POSTERIORMENTE VINO SU MARIDO E HIJAS (HISTORIA DE TRABAJO DURO, ESCASO SUELDO Y VIVENCIAS DE SOLEDAD). SU HIJA LLEGÓ A LOS 8 AÑOS. NOS COMENTA CON CIERTA CULPABILIDAD QUE NO PUDO ATENDERLA TODO LO BIEN QUE HUBIERA QUERIDO.

## **VALORACIÓN CLINICA**

EN CONSULTA SE APRECIA TRISTONA, LLANTO FACIL, BUENA CAPACIDAD DE RAZONAMIENTO, BUEN RAPORT. REFIERE QUE SUS PADRES LE ATOSIGAN SIN DEJARLE UN ESPACIO PROPIO. INCLUSO REFIERE QUE LA MADRE LE OBLIGÓ A CURSAR BACHILLER DE CIENCIAS. LA TENTATAIVA DE SUICIDIO NO RESPONDIA A UN SENTIMIENTO DEPRESIVO SINO A UNA LLAMADA DE ATENCIÓN.

## **CRITERIO DIAGNÓSTICO**

VALORAMOS EL CASO COMO CRISIS ADOLESCENTE MEDIADA POR UN CONTEXTO MIGRATORIO EN DONDE LA PACIENTE SE ENCUENTRABA, EMOCIONALMENTE TRISTE, IRRITABLE Y CONFLICTUDADA CON LOS PADRES .

EL DETONANTE DE ACUDIR A CONSULTA FUE UNA FUGA DE LA CASA DE LOS PADRES A RAÍZ DEL MALESTAR SURGIDO POR UNA RELACIÓN DE LA HIJA CON UN HOMBRE MUCHO MÁS MAYOR QUE ELLA.

EN LA PRIMERA CONSULTA NO ACUDE EL PADRE.

## SEGUNDA SESIÓN

EN ESTA SESIÓN ACUDE EL PADRE, CUYA ACTITUD OSCILA ENTRE LA PASIVIDAD Y EL ENFADO. LA PACIENTE MEJORA EN SUS ESTUDIOS Y LA TENSIÓN EMOCIONAL DE LA FAMILIA PARECE HABERSE REBAJADO . TAMBIEN HABÍA ROTO CON SU PAREJA.

LA MADRE NO SE SIENTE COMPRENDIDA EN SU ESFUERZO DE SACAR ADELANTE LA FAMILIA Y EXPRESA SU DESEO DE RETORNO GUAYAQUIL . SE SIENTE ABATIDA Y NECESITADA DEL CONTACTO CON SU FAMILIA. EL PADRE CALIFICA DE LOCURA EL VOLVER A SU PAIS, Y NO ESTÁ DISPUESTO. (LA ESPOSA COMENTA QUE SU MARIDO NO TIENE FAMILIA DE ORIGEN EN SU PAIS).

LA HIJA SE MUESTRA DE ACUERDO CON VOLVER A COLOMBIA. POR LO QUE ESTE VERANO TENIAN PROYECTADO IR GUAYAQUIL.

LOS ASPECTOS MAS DESTACABLES DE ESTE CASO SERÍAN LOS SIGUIENTES:

- **DIAGNÓSTICO:** CRISIS ADOLESCENTE EN UN CONTEXTO MIGRATORIO DE SEGUNDA GENERACIÓN.

- LA MADRE:

PROTAGONISTA DE UNA HISTORIA MIGRATORIA NO RECONOCIDA NI VALORADA POR SU FAMILIA. MAESTRA QUE RECALÓ EN UN NICHOS SOCIAL MÁS BAJO (cuidadora de personas mayores) GUIADA POR UN DESEO DE DARLE UNA BUENA EDUCACIÓN A SU HIJA .

- PADRE:

MIEDO ALA RUPTURA FAMILAR Y A LA SOLEDAD

- HIJA:

VIVENCIA DE PRESIÓN DE LOS PADRES Y CONFLICTO ENTORNO A SU FUTURO LUGAR DE RESIDENCIA.



## ORIENTACION TERAPEUTICA :

- VALORAMOS A LA FAMILIA POR SU FORTALEZA Y BÚSQUEDA DE UNA VIDA MEJOR ESPECIALMENTE A LA MADRE.
- SEÑALAMOS LA DIFICULTAD DE LOS ADOLESCENTES PARA RECONOCER LOS ESFUERZOS DE LOS PADRES (EN ESTES CASO EL GRAN ESFUERZO DE LA MADRE).
- RECONOCIMOS LA NECESIDAD DE LA MADRE DE TOMAR CONTACTO CON SU FAMILIA DE ORIGEN.
- AUNQUE APUNTAMOS QUE TAL VEZ SERÍA BUENO IR A COLOMBIA PERO POR TIEMPO DE VACACIONES ( BILLETE DE IDA Y VUELTA) DADO QUE EL OBJETIVO DE FACILITAR LE A SU HIJA UNA FORMACIÓN AUN NO ESTABA FINALIZADO. (CON ELLO TAMBIEN DISPAMOS LOS MIEDOS DEL PADRE.
- DEJAMOS ABIERTO PARA UN FUTURO EL RETORNO