



GACETA

SO
DE
PSI

SEPTIEMBRE 2020

**El rol de la interculturalidad en
salud mental desde la perspectiva
de los psicoterapeutas**

Verónica Rico, Germán Morales

(Rev GPU 2020; 16; 1: 25-46)

El rol de la interculturalidad en salud mental desde la perspectiva de los psicoterapeutas¹

(Rev GPU 2020; 16; 1: 25-46)

Verónica Rico Zampetti² y Germán Morales Farías³

Este trabajo presenta el estudio del rol de la interculturalidad en la salud mental de los inmigrantes desde la perspectiva de los y las psicoterapeutas. Para ello, se realizó una entrevista semi-estructurada a ocho psicoterapeutas de la Región Metropolitana y la información producida fue analizada con una metodología cualitativa utilizando la teoría fundamentada. Los resultados se organizaron en cuatro categorías: Las implicancias de la diversidad cultural en psicoterapia; la conceptualización del fenómeno migratorio; las percepciones colectivas en torno al fenómeno migratorio y particularidades de la atención clínica con inmigrantes; y en dos fenómenos relacionales: “El shock cultural como determinante social en la salud mental de los inmigrantes” y “La singularidad del otro intercultural en el espacio psicoterapéutico”. Se plantean tres agentes que tendrían un rol en la experiencia migratoria y sus implicancias en la salud mental de los inmigrantes: El Gobierno de Chile y sus políticas migratorias, la sociedad chilena como agente que debe de acoger desde la inclusión y no discriminación, y los profesionales de salud mental quienes deben prepararse para brindar una atención de calidad y con una perspectiva intercultural sensible a las necesidades de los inmigrantes.

1 El presente artículo está basado la tesis de magíster de psicología clínica de la Pontificia Universidad Católica de Chile realizado por la psicóloga Verónica Rico, y cuyo Profesor Patrocinante fue Germán Morales.

2 Psicóloga Universidad Autónoma de Madrid, Magíster en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

3 Profesor Asociado, Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile.

Entenderse entre culturas distintas no significa valorar aquello a lo que uno tiene que renunciar, para llegar a ser iguales, sino entender bien y recíprocamente lo que nos separa y aceptar la diversidad.

Humberto Eco, 2019

Introducción

Para poder comprender el nuevo escenario chileno debemos tener en cuenta el actual contexto multicultural que se ha hecho presente en el país tras la llegada de miles de inmigrantes en la última década (Martínez, 2003). La migración latinoamericana en Chile se ha cuadruplicado en números absolutos desde el fin de la dictadura militar chilena hasta la fecha (INE, 2013). Por ende, actualmente Chile se sitúa como un país muy atractivo para los extranjeros, así como un país de oportunidades de emprendimiento, seguridad y laborales, entre otras cosas, debido a la baja tasa de desempleo la cual conforma el 5.8% de la población (Servicio Jesuita a Inmigrantes, 2016).

Chile está experimentando un proceso de transformación cultural, en tanto se convierte velozmente en un importante país de acogida de inmigrantes, pasando de 192.000 extranjeros en 2002 a 746.465 (INE, 2017). De los inmigrantes que fueron censados el 66,7% declaró haber llegado al país entre 2010 y 2017. Asimismo, el 50,7% de los inmigrantes proviene de tres países de Latinoamérica: Perú (25,3%), Colombia (14,2%) y Venezuela (11,2%). El 9,9% proviene de Bolivia, el 8,9% de Argentina y el 8,4% de Haití (INE, 2017). Según la última estadística disponible los extranjeros residentes habituales en Chile hasta diciembre del 2018 serían 1.251.225 (Recuperado de <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2019/04/Presentacion-C3%B3n-Extranjeros-Residentes-en-Chile.-31-Diciembre-2018.pdf>).

La mayoría de flujos migratorios corresponden a migraciones económicas, sin embargo, también existen flujos migratorios que responden a la denominada migración forzada, sobretudo provenientes de contextos sociales y políticos marcados por la violencia, encontrando en Chile el equilibrio político y económico que no proporciona su país. Por ello, la inmigración constituye un desafío a nivel nacional en múltiples niveles, pero sobretudo en el ámbito institucional y político (Rojas & Silva, 2016). En este sentido, el país ha llevado a cabo avances importantes en materia de salud, aunque la mayoría de los esfuerzos se han enfocado en grupos vulnerables comprendidos por niños, mujeres embarazadas y atención de urgencia a toda la población inmigrante. También se han visto grandes avances a nivel institucional como el *instructivo sobre política migratoria*⁴ en el 2008 (Becerra & Altimir, 2012). Por otro lado, se da lugar a la creación del *sello migratorio* en las municipalidades, el cual alude a una certificación oficial que el gobierno entrega a aquellos municipios que trabajan con una perspectiva intercultural (DEM, 2015). Por último, cabe mencionar los avances en el *anteproyecto de ley de migraciones* el cual tiene como base el enfoque de derechos humanos, fomentando principalmente la inclusión y la no discriminación (Rojas & Silva, 2016).

A principios del nuevo Gobierno en Chile, se han implementado nuevas medidas migratorias. Algunas de las más relevantes han sido: el ofrecimiento de regularización para aquellos inmigrantes que residen de manera irregular en el país, el establecimiento de un sistema flexible de categorías sucesivas migratorias (fuera

⁴ El instructivo de política migratoria N°9, es un documento presidencial, correspondiente al año 2008 y que imparte instrucciones sobre la política nacional migratoria. El instructivo tiene como objetivo que se garanticen una serie de principios como la libertad de pensamiento y conciencia, libre circulación, la no discriminación, entre otros.

de la condición de turista) que expone el grado de arraigo que el extranjero va logrando en el país. (Recuperado de <http://www.extranjeria.gob.cl/>)

El proceso de inmigración lleva consigo un desarraigo social, cultural y familiar que podría constituirse como un factor desestabilizador en el bienestar del que migra. Si bien, aún no se recaban antecedentes concluyentes sobre el impacto del proceso migratorio en la salud de las personas, existe investigación que apunta a que serían las variables socio-económicas, así como las diferencias culturales y del idioma las que podrían tener un papel relevante en las condiciones de salud y bienestar de los inmigrantes (Díaz & López, 2013; Becerra & Altimir, 2013, Becerra & Altimir 2012).

Por lo anterior, esta investigación tiene como objetivo poner el acento y “*dar voz*” a los psicoterapeutas, a quienes consideramos protagonistas principales en el acceso y conocimiento del fenómeno migratorio dentro de la atención en salud mental. De esta manera, buscamos explorar el fenómeno a través de la propia experiencia que han tenido en la particular atención clínica con pacientes inmigrantes. Múltiples investigaciones que han abordado temáticas que emergen dentro del trabajo clínico terapéutico, como por ejemplo; los elementos que emergen en el propio espacio de psicoterapia, las intervenciones terapéuticas en determinadas problemáticas en salud mental, entre otros, han buscado ofrecer una mirada desde la perspectiva de los psicoterapeutas a través de la cual poder desprender conocimientos y teorías acerca de múltiples fenómenos como consecuencia de la propia experiencia profesional (Bas-Sarmiento, Fernández-Gutiérrez, Albar-Marín, & García-Ramírez, 2015; Besser & Moncada, 2013; Etchebarne, Juan, Balbi & Rousos, 2012; Tomicic, Bauer, Martínez, Reinoso & Guzmán, 2009; Moncada, 2007; Mantilla & Sologuren, 2006; Richards, 1999).

Antecedentes teóricos y de investigación

Teniendo en cuenta lo anterior, parece imprescindible prestar atención a los procesos que subyacen a estos fenómenos migratorios, y para ello se amerita revisar algunos conceptos teóricos que nos ayuden a comprender en qué se basan y cómo se desarrollan.

Al llegar a un nuevo país, las personas inmigrantes traen consigo su propia cultura, lo que complejiza el proceso de adaptación e inserción en la sociedad que los recibe. Desde el enfoque de las competencias culturales, la persona *inmigrante* es aquella que se desplaza a otro país en busca de una vida nueva, no exclusivamente para mejorar su situación laboral o económica (Qureshi & Collazos, 2006). La *cultura*⁵ enmarcaría el *por qué*, el *cómo* y el *qué* de las cosas, así como el actuar de los individuos determinado por sus reglas implícitas. Estas reglas se irán incorporando en el actuar de los individuos a través de un proceso de aprendizaje, desde el nivel más macro hasta el nivel más micro (Crespo & Monsalve 2008). Existen múltiples conceptos asociados al término de *cultura* como por ejemplo: *aculturación*, *interculturalidad*, *multiculturalidad*, *estrés aculturativo*, *hibridación cultural*. La *aculturación*⁶ es definida por Berry (1990), como el proceso en el cual las personas experimentan transformaciones internas y conductuales debido a la influencia del contacto

5 La cultura proviene del término “Kultur”, rescatado por los historiadores alemanes, y “cultur” para los franceses, el cual significa “cultivar en el sentido agrícola”. No obstante, la utilización de este término alude al esfuerzo humano de “Cultivarse”, en definitiva, de avanzar y lograr alcanzar los valores de una cultura por excelencia (Del Arco citado en Crespo & Monsalve, 2008).

6 Berry (1990) aporta una nueva definición de la aculturación, en tanto reconoce que este proceso no se produce únicamente en la población inmigrante, sino que también se da en la población del país de acogida, aunque afirma que los cambios y las influencias son mayores en la población inmigrante.

con otra cultura, convirtiéndose en partícipes de los cambios de su cultura. Este autor señala, que existirían cuatro posibles estrategias de aculturación: la *integración* aludiría al deseo de mantener la identidad cultural de origen a la vez que existe una apertura a la nueva cultura de acogida, la *asimilación* corresponde al deseo de abandonar la identidad cultural de origen y orientarse hacia la cultura de acogida, la *separación/segregación*, alude al interés de mantener la identidad con la cultura de origen sin deseo de relacionarse con la de acogida. Cuando es decidido por el grupo minoritario se habla de *separación*, sin embargo cuando es consecuencia del control por el grupo dominante se denomina *segregación*. Por último, la *marginalización/exclusión* corresponde cuando los grupos minoritarios pierden el contacto cultural y psicológico, tanto con su cultura de origen como con la cultura de acogida; sin embargo, la *exclusión* alude a cuando esto es consecuencia del poder ejercido por el grupo dominante.

En un estudio realizado en el sur de Chile con inmigrantes peruanos y colombianos, se determinó que la estrategia de aculturación más utilizada por ambos grupos fue la de integración (Arenas & Urzúa, 2015). Las investigaciones sugieren que la estrategia de integración es la que conlleva a un mayor grado de adaptación tanto psicológica como sociocultural, favoreciendo mayores niveles de bienestar en salud mental así como de desarrollo de competencias sociales en contextos interculturales (Berry et al.; Padilla & Pérez; Van de Vijver & Phalet citado en Arenas & Urzúa 2015). Así la interculturalidad puede ser entendida como el reconocimiento del espacio cultural del otro, poniendo de manifiesto las dinámicas entre los diferentes grupos culturales dentro del "*mosaico cultural*" (Becerra, 2017).

La *multiculturalidad* se refiere a la coexistencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico, físico y social. Sin embargo, si las dificultades que presenta la

multiculturalidad por sí misma, como lo son las propias exigencias de adaptación al nuevo país, son mayores que las capacidades de la persona para enfrentarlas, podría surgir el denominado "*Estrés aculturativo*", el cual se encuentra asociado a la disminución de la salud mental así como a la aparición de trastornos ansiosos, depresivos, psicosomáticos y/o de identidad (Williams & Berry, 1991).

En un estudio realizado por Urzúa, Heredia & Caqueo-Urizar (2016) con inmigrantes en el norte de Chile, se determinó la relación existente entre el estrés aculturativo y ciertas dimensiones de salud mental. Los resultados apuntaron a cuatro fuentes de estrés derivadas de las estrategias aculturativas las cuales tenían un carácter predictivo en dimensiones de salud mental. Primeramente, aparecería como fuente de estrés la distancia con el país de origen, seguido de las dificultades en las relaciones sociales con otros inmigrantes, la discriminación y el rechazo percibido. Sin embargo cabe resaltar que parte de la complejidad de los procesos aculturativos se encuentra muy ligada a las condiciones de salida del país de origen y de llegada al país de acogida. Así, el estrés aculturativo dependería en cierta medida, de cómo son acogidos en el país de llegada los inmigrantes, así como de las condiciones, redes de apoyo, y acceso a servicios en el país de acogida (Urzúa, Heredia & Caqueo-Urizar, 2016). En relación con la acogida de los inmigrantes en el nuevo país, cabe mencionar el denominado fenómeno de "*Categorización social*" que rotula de distinto modo a los inmigrantes. A través de este mecanismo psicológico se refuerzan por un lado, las similitudes entre los miembros de un mismo grupo y paralelamente se acentúan las diferencias entre los miembros de las diferentes categorías. Así se promueve la caracterización de iguales entre sí o distintos respecto a otros grupos (González, 2005). Desde este enfoque, aquellas personas provenientes de EE.UU o Europa, serían sobrevaloradas y denominadas

extranjeros en el país de acogida, *versus* aquellas personas provenientes de Latinoamérica u otras latitudes a las cuales se les designaría una connotación negativa refiriéndose a ellos como *inmigrantes*. Así la multiculturalidad *per se* propicia la posibilidad de que exista una disposición mutua de asimilar y adaptarse entre culturas, tanto de la cultura preexistente en el lugar como de la que llega nueva. Este proceso se denomina; “*Hibridación cultural*”, así los patrones culturales de la sociedad se han ido modificando, y la homogeneidad de sus miembros ha ido quedando atrás. Y es a partir de esta indudable y reciente composición cultural que se estaría formando una *sociedad avanzada* (Steingress, 2011).

Otro de los ejes conceptuales del siguiente trabajo alude al término de salud mental, el cual es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) como: “*Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. (p.1).

Según los autores Martínez-Taboada, Arno-so & Elgorriaga (2006), los inmigrantes transitan tres etapas durante el proceso migratorio. La primera etapa, correspondería a aquella donde los inmigrantes presentan mayores síntomas depresivos, ansiosos y somáticos y en la cual se requiere mayor apoyo y contacto social. Estos datos coinciden con lo obtenido por el programa PRISMA⁷ (Programa de atención en salud mental para migrantes y refugiados), donde el 72,6% de las atenciones en salud mental, se realizaron entre el 1º y 5º año de estancia por parte del inmigrante en el país de acogida, con una mayor proporción de atención en el primer año.

⁷ El programa PRISMA (Programa de atención en salud mental para migrantes y refugiados), fue creado y desarrollado hace algunos años por la Facultad de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado, con el fin de responder al desafío de ofrecer atención en salud mental a población migrante.

En este sentido, podríamos entender las etapas migratorias como indicadores de ciertos niveles de estrés socioculturales, siendo la primera etapa migratoria la que eventualmente provocaría mayor estrés y en consecuencia mayor riesgo de desarrollar alguna sintomatología en salud mental (Becerra, Altimir & Solis, 2013).

Los problemas de salud mental que sufren algunos inmigrantes forman parte de un creciente problema sanitario en los países que los reciben. Mayoritariamente son aquellas personas inmigrantes que enfrentan situaciones más dramáticas y presentan mayores complejidades para lograr sus expectativas, las que desarrollan la patología llamada “*Síndrome de Ulises*” (Achotegui citado en Peyrí & Hartman, 2007). El aislamiento que viven algunos inmigrantes, así como los sentimientos de soledad demandan una fortaleza psicológica y física debido al contexto amenazante que supone, para algunos, el proceso de migración como tal, en términos del peligro que pudiera suponer viajar a otro país, la situación laboral, regular, etcetera. A estas condiciones, se suma el *duelo migratorio* que afecta a algunos inmigrantes, en tanto la familia, el objeto o el ser querido, entre otros, no se pierde sino que se mantiene en el lugar en el que estaba, sin embargo a la vez se caracteriza por ser un duelo recurrente debido a las posibilidades que existen para volver a tomar contacto con el país de origen a través de múltiples formas (Salvador Sánchez, 2002; Achotegui, 2000).

En una investigación realizada en el norte de Chile se encontró que tanto en peruanos como en colombianos la mayor fuente de estrés aculturativo surgió principalmente por la distancia con el origen y en segundo lugar por la discriminación y el rechazo percibido (Urzúa, Heredia, Caqueo-Urizar, 2016).

Asimismo, en otro estudio realizado con jóvenes chilenos, se determinó que existe

una mayor discriminación de los inmigrantes jóvenes latinoamericanos en Chile, y más aún si estos son peruanos. Este hecho no fue únicamente concluido a través de la percepción de los peruanos, sino que también fue confirmado por chilenos y chilenas en grupos de discusión así como lo arrojaron los resultados de las Encuestas Nacionales de Juventud (Aravena & Alt, 2012). En palabras de Tijoux (2017): *“Te das cuenta de que hay una marca brutal (...) porque el origen indígena es un origen negado, maltratado. (p.49). En otra investigación realizada en Chile con niños peruanos, éstos señalaron su origen nacional como el principal impedimento para la inserción en su nuevo país de acogida. De este modo, la escuela que posibilita la socialización de los niños, se convierte en un lugar peligroso y de rechazo para los niños peruanos (Tijoux, 2013). En este sentido, Zapata (2017) enfatiza la importancia de la investigación social en los colegios como una vía para poder instaurar valores como el respeto, la equidad y la integración entre los niños indistintamente de su género, nacionalidad, etcetera. Asimismo promueve el abordaje de la interculturalidad en las escuelas, desde una mirada autocrítica de todos los miembros de la misma: ¿Qué tan conscientes o inconscientes somos sobre nuestros actos, percepciones y acciones que realizamos en relación a un otro según su origen evidenciado en la piel, los rasgos, la nacionalidad y los códigos culturales que manejamos como propios? (p.14).*

En un meta-análisis publicado en 2017, se arrojó que la probabilidad de trastornos mentales comunes aumentó significativamente entre grupos de migrantes, además de por la región de origen, por los siguientes factores: sucesos traumáticos previos; migración forzosa, escasamente planificada o ilegal; bajo nivel de aculturación, vivir solo o separado de la familia en el nuevo país, falta de apoyo social, discriminación percibida y tiempo transcurrido en el nuevo país (Jurado, Alarcón, Martínez-

Ortega, Mendieta-Marichal, Gutiérrez-Rojas, Gurpegui, 2017).

Sin embargo, no todos los inmigrantes desarrollan trastornos de salud mental, parte de la población inmigrante residente en Chile evidencia el denominado efecto *“migrante sano”*. Si bien el término puede no describir “apropiadamente” el perfil de estos migrantes, se referiría principalmente a aquellas personas que logran resolver y hacer frente al proceso migratorio y sus múltiples dimensiones (como por ejemplo: los procesos aculturativos) sin generar sintomatología asociada a problemas en la salud mental. (Collazos, Qureshi, Antonin & Tomas Sábado, 2008). Esta población presenta a su vez una menor prevalencia de problemas de salud que la población nativa. Sin embargo, se ha visto que esta prevalencia varía según la posición socio-económica (PSE) y el *status* social, lo que daría cuenta de la no evidencia del efecto “migrante sano” en inmigrantes de baja PSE (Cabieses, Tunstall & Pickett citado en Cabieses, 2014). En esta misma línea, *“El National Latino and Asian American Study”* con una muestra de 2554 latinos y 2095 asiáticos y paralelamente el *“National Epidemiological Study on Alcohol and Related Conditions”* en el que participaron 1236 asiáticos, 4558 mejicanos y 23262 blancos no hispanos, encontraron niveles menores en trastornos de ansiedad y por uso y dependencia de sustancias entre la población inmigrante *versus* los nacidos en EEUU (Collazos, Qureshi, Antonin & Tomas Sábado, 2008).

Por ende, resulta necesario poder explorar qué papel cumple la interculturalidad en la salud mental así como dar cuenta del actual abordaje de la atención de inmigrantes en psicoterapia en Chile. Asimismo, se considera importante explorar los principales motivos de consulta y sintomatologías prevalentes, así como la etología asociada a las mismas, las herramientas y habilidades que disponen los profesionales de salud mental en la atención

a esta población, así como indagar si éstas permiten y ofrecen una buena atención a esta población en específico, y si provienen de formaciones específicas para la atención. Por último, se pretende explorar en torno a las creencias y actitudes que los psicoterapeutas chilenos pueden tener en torno a la población inmigrante y cómo estas se manejan en la propia atención.

Metodología

Se utilizó una metodología cualitativa por su carácter flexible, abierto e inductivo (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista, 2006). De este modo, a medida que los sujetos proporcionan información sobre el objeto de estudio, el investigador podrá ser flexible y abierto para poder llegar a los resultados que va generando la investigación, proporcionando más preguntas y desafíos para las futuras investigaciones en torno al objeto de estudio (Strauss & Corbin, 2002).

Se utilizó un diseño exploratorio-descriptivo. *Exploratorio* dado que el objetivo es descubrir y prefigurar un fenómeno poco estudiado en Chile y *descriptivo* ya que buscamos describir propiedades y características del fenómeno (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista, 2006).

El total de los participantes constó de ocho psicólogos, cuatro hombres y cuatro mujeres, todos trabajadores pertenecientes al ámbito público y siete de los ocho también en el contexto privado de la atención clínica dentro de la Región Metropolitana de Santiago de Chile.

La muestra fue de tipo intencionada con estrategia de variedad máxima y las características de los participantes de la muestra corresponden a psicoterapeutas que atienden o atendieron con anterioridad a pacientes inmigrantes (Glaser & Strauss, 1967).

Estrategia producción y análisis de datos

Se realizó una entrevista semi-estructurada basada en un guión temático y con una duración de una hora aproximadamente. Para la selección de participantes se realizó un muestreo por conveniencia a través de voluntarios. Para el contacto con la muestra, se divulgó de manera digital la búsqueda de psicoterapeutas que cumplieran con los requisitos y se dejaba un número de contacto. Si algún psicoterapeuta se contactaba, se le hacía llegar la carta de invitación donde se explicaba el objetivo del estudio, los requisitos y el procedimiento de la entrevista, y si accedía, se concertaba la entrevista en el lugar que le acomodara al clínico y previo a la realización de la entrevista se le daba el consentimiento informado.

El método de análisis de datos utilizado corresponde a la Teoría Fundamentada (GT, grounded theory, Strauss & Corbin 2002) la cual plantea la elaboración de una teoría derivada de los resultados del estudio del propio fenómeno a investigar. Así, los resultados se obtienen tanto en la recogida de datos como en su posterior análisis, y por último en el marco teórico sobre el cual se sostenga el objeto de estudio. Inicialmente se realizó un primer nivel de análisis de la información mediante la codificación abierta⁸ y posteriormente se dio lugar al segundo nivel de análisis mediante la codificación axial⁹.

8 La codificación abierta es una estrategia cualitativa la cual permite a través del análisis de los datos obtenidos en las entrevistas y el establecimiento de similitudes y diferencias, la obtención de conceptos y categorías que serán las bases fundamentales de la teoría (Strauss, A. L., & Corbin, J., 2002).

9 La codificación axial se produce en torno al eje de una categoría, y agrupa los datos que se "dividieron" en la codificación abierta. Aunque para realizar la codificación axial se necesitan ya las categorías, en ocasiones, a medida que se va realizando la codificación abierta se van esbozando algunas de ellas (Strauss, A. L., & Corbin, 2002).

Consideraciones éticas

En relación con las consideraciones éticas, se estableció otorgar una carta de invitación a los posibles participantes donde se explicitaba el carácter voluntario de la participación, así como la descripción del objeto de la investigación. A continuación si los sujetos aceptaban participar se les daba un consentimiento informado donde se concretaba el anonimato de los participantes, así como la autorización para grabar las entrevistas en audio y la utilización de la información obtenida en las entrevistas con fines exclusivos de investigación.

Resultados

A partir del análisis de los discursos de los psicoterapeutas entrevistados emergieron cuatro temáticas/categorías centrales de

significado a saber: Implicancias de la diversidad cultural en psicoterapia, Percepciones colectivas en torno al fenómeno migratorio, Conceptualización del fenómeno migratorio y Particularidades de la atención clínica en la salud mental de los inmigrantes.

1. Implicancias de la diversidad cultural en psicoterapia

Dentro de esta categoría, se encuentran seis principales subcategorías: los recursos y los facilitadores de los psicoterapeutas, las dificultades y desafíos de los psicoterapeutas en la atención de pacientes inmigrantes, los elementos que emergen en el espacio terapéutico debido a la interculturalidad, los aportes de la construcción del vínculo y la supervisión clínica en la atención de pacientes inmigrantes (Ver figura 1).

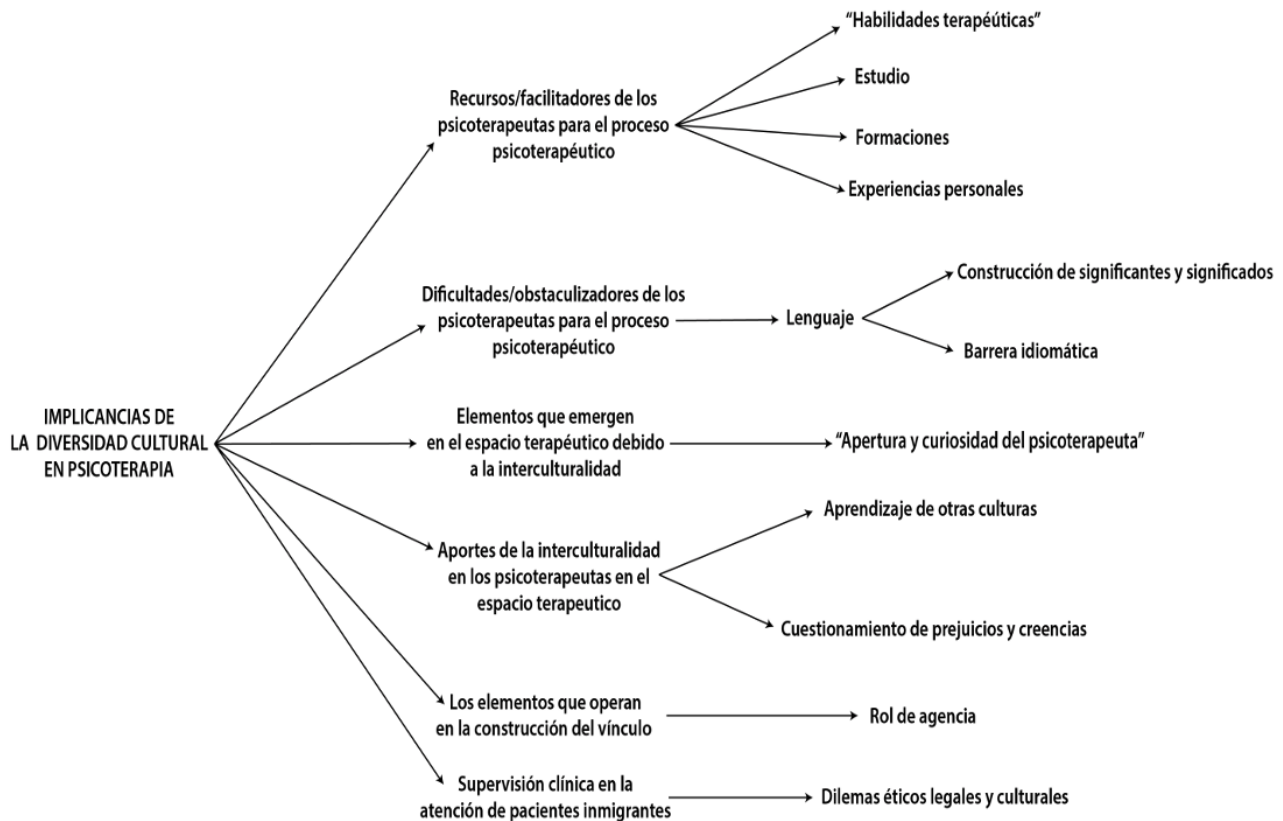


Figura 1. Implicancias de la diversidad cultural en psicoterapia

2. Percepciones colectivas en torno al fenómeno migratorio

Dentro de esta categoría se identificaron dos subcategorías: La percepción de la socie-

dad chilena respecto de la población inmigrante y la percepción sobre los efectos que tiene la inmigración en la sociedad chilena (Ver figura 2).

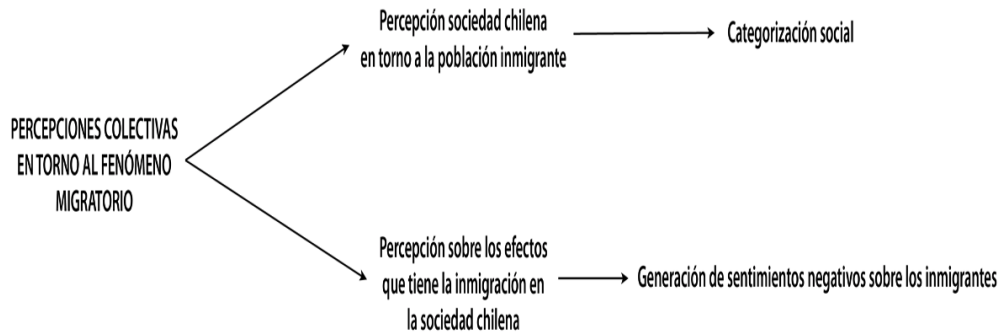


Figura 2. Percepciones colectivas en torno al fenómeno migratorio

3. Conceptualización del fenómeno migratorio

Dentro de esta categoría se identificaron dos subcategorías: Causas y Consecuencias asociadas al fenómeno migratorio (Ver figura 3).

4. Particularidades de la atención clínica en la salud mental de los inmigrantes

Dentro de esta categoría se pudieron identificar las siguientes subcategorías: Motivos de consulta, Sintomatologías prevalentes, Etiología de los motivos de consulta, Diferencias en

la población inmigrante atendida, Nacionalidad de la población inmigrante atendida, y la percepción de la rigidez en el enfoque terapéutico (Ver figura 4).

A partir del análisis del material lingüístico de los psicoterapeutas, se lograron identificar dos principales fenómenos a partir de las categorías y sub-categorías: La singularidad del *otro intercultural* en el espacio terapéutico y El *shock cultural* como determinante social en la salud mental de los inmigrantes.

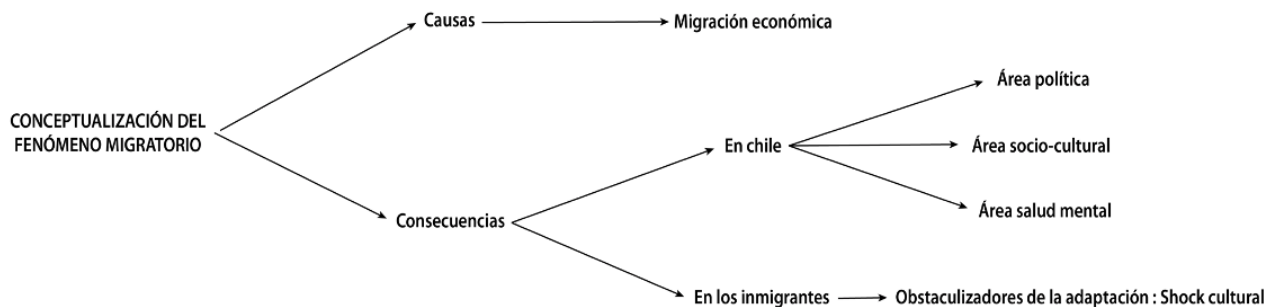


Figura 3. Conceptualización del fenómeno migratorio

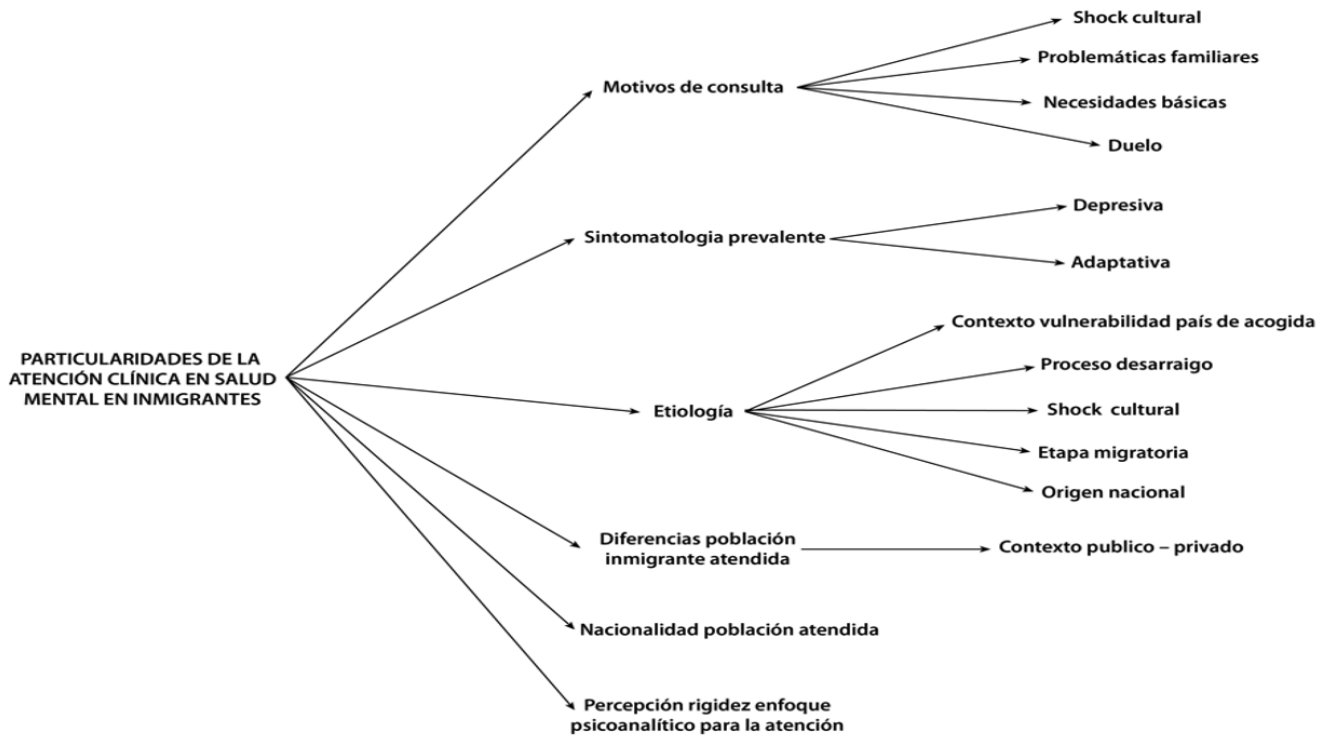


Figura 4. Particularidades de la atención clínica en salud mental en inmigrantes

Singularidad del paciente inmigrante en la atención clínica

El primer fenómeno alude a la singularidad del paciente inmigrante en la atención clínica (ver *figura 5*), el cual surge a partir de la demanda de atención en salud por parte de pacientes inmigrantes, lo que favorece que se desencadene la formación del fenómeno y constituye la condición causal del mismo. El contexto en el que se produce este fenómeno correspondería tanto al ámbito público como privado de atención clínica, siendo el COSAM (Centro de Salud Mental) el principal centro de atención público de los entrevistados y la consulta particular, el privado.

Las condiciones intervinientes que influyen dentro de este fenómeno son tres. En primer lugar, existirían diferencias en la población inmigrante que tienen que ver con las condiciones en las que llegan y se establecen en el país de

acogida, en muchas ocasiones determinadas por las condiciones de salida de su país de origen, origen nacional, y por supuesto, recursos socio-económicos. Así, la salud física y mental de la persona que migra se podría ver comprometida en función de cuál sea el grado de vulnerabilidad de cada inmigrante y cómo dicha situación se convierte en un factor protector o de riesgo para la persona.

Por otro lado, el contexto de atención permite observar diferentes problemáticas, demandas y singularidades en la población inmigrante, siendo, según los psicoterapeutas, en el ámbito público donde se observarían problemáticas de mayor complejidad que requieren en muchas ocasiones de una intervención multidisciplinaria, así también los pacientes presentarían un estrato socio-económico bajo y con mayor vulnerabilidad social. Así, se refería a lo mencionado arriba uno de los psicoterapeutas entrevistados:

“Es distinta la demanda que hacen pero yo diría que eso tiene que ver más con los factores socio-económicos(...) (2:32); “Hay casos cuando son casos de alta vulnerabilidad social que tú quieres que se atienda en la red pública, porque la red pública implica un seguimiento interdisciplinario” (5:77).

Las estrategias de acción/interacción tienen que ver con el *quehacer* de los psicoterapeutas para ofrecer ayuda a los pacientes inmigrantes que demandan atención. En este sentido, es aquí donde se despliegan los recursos y facilitadores para la atención de esta población, los cuales ya se explicaron en el apartado de categorías. Las dificultades y desafíos que perciben los psicoterapeutas también aparecen en el *quehacer* psicoterapéutico, y tienen que ver con el fenómeno de la singularidad de cada paciente que

llega a atenderse. En este sentido, el lenguaje y la utilización de un enfoque psicoanalítico, constituirían según los psicoterapeutas, las principales dificultades, sobretudo por la construcción de un significado común y paralelamente por la percepción de rigidez del propio enfoque.

Como consecuencias del surgimiento de este fenómeno, aparece por un lado, la necesidad de los psicoterapeutas de la supervisión de casos, haciendo especial énfasis en el dilema ético-legal y cultural que en ocasiones puede aparecer en la atención de estos pacientes. Así relataba un entrevistado lo sucedido en un consultorio en Quilicura:

“Nosotros hemos tenido dos experiencias acá en un consultorio donde le querían quitar la guagua a una chica haitiana porque, en

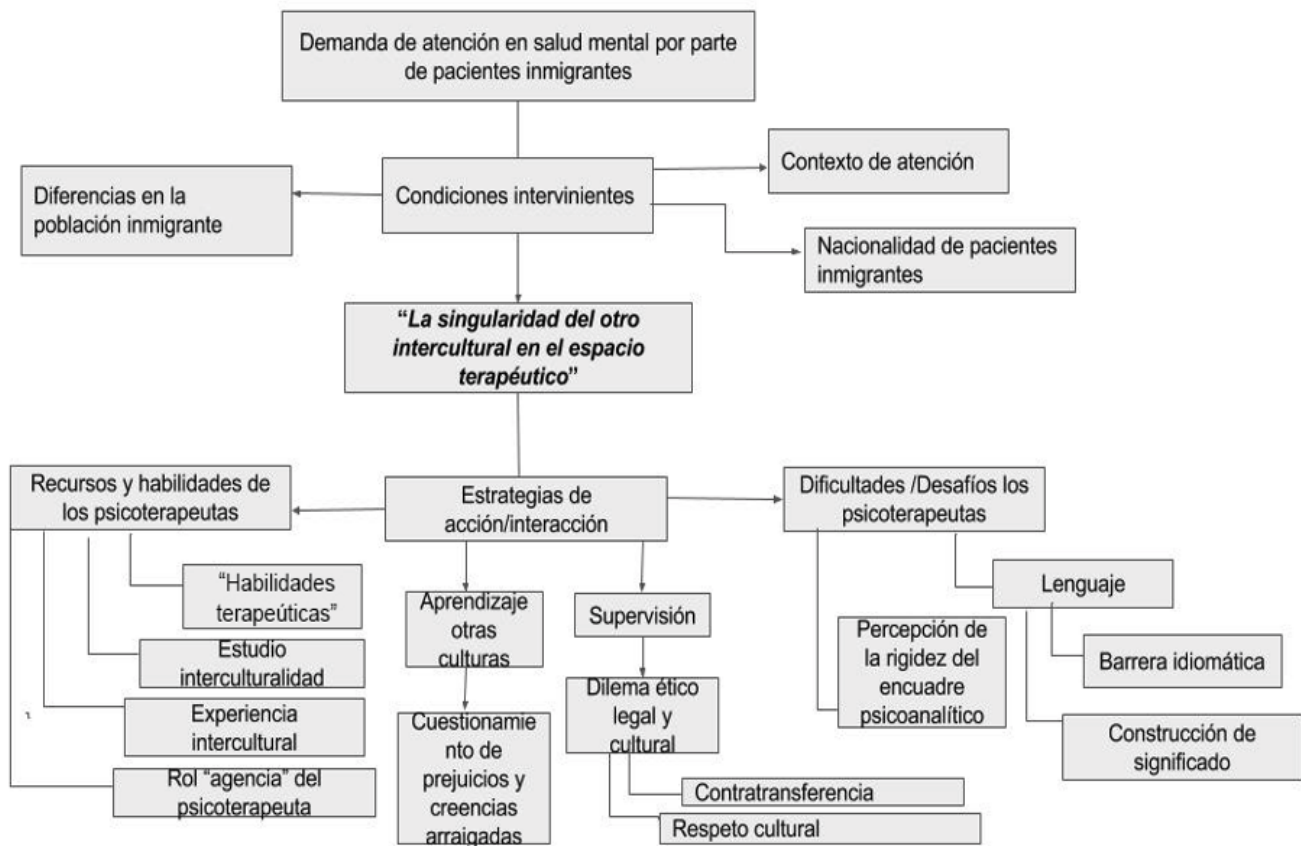


Figura 5. La singularidad del otro intercultural en el espacio terapéutico

los consultorios acá tienen un screening, una pauta para evaluar apego y no puntuaba, no le daba el puntaje para decir que tenía apego” (7:247).

Por otro lado, aparece el principal aporte de la interculturalidad en los psicoterapeutas, lo que permitiría paralelamente el aprendizaje, por parte de los psicoterapeutas, de las múltiples culturas que traen los pacientes al mismo tiempo que promueven el cuestionamiento de prejuicios y creencias arraigados en los mismos.

Shock cultural como gatillador de la salud mental de los inmigrantes

El *shock* cultural como gatillador de la salud mental de los inmigrantes, constituye el segundo fenómeno encontrado a partir del análisis del material lingüístico (Ver figura 6).

La principal condición causal de este fenómeno tiene su origen en la discriminación, percibida por los psicoterapeutas, que sufre la población inmigrante en el lugar de acogida,

en este caso, en Santiago de Chile. De esta manera, los esfuerzos por lograr adaptarse a un nuevo contexto social, códigos culturales y en ocasiones al desafío de aprender un nuevo idioma, se hacen para ellos cada vez más complejos y adversos si además se añade el factor discriminatorio, por lo que podría aparecer el denominado estrés aculturativo, el cual comprende las experiencias de estrés sufridas por los inmigrantes en el momento que contactan con la nueva cultura de acogida.

Estos factores que dan lugar al fenómeno, vienen acompañados de unas condiciones intervinientes que sin lugar a dudas influyen en el desarrollo del mismo. El fenómeno de categorización social sería una de las condiciones a las que se someten involuntariamente los inmigrantes una vez llegan al lugar de acogida.

El origen nacional, el color de la piel, entre otros, son factores que contribuirían a la generación de “etiquetas” positivas o negativas por parte de la sociedad de acogida en los

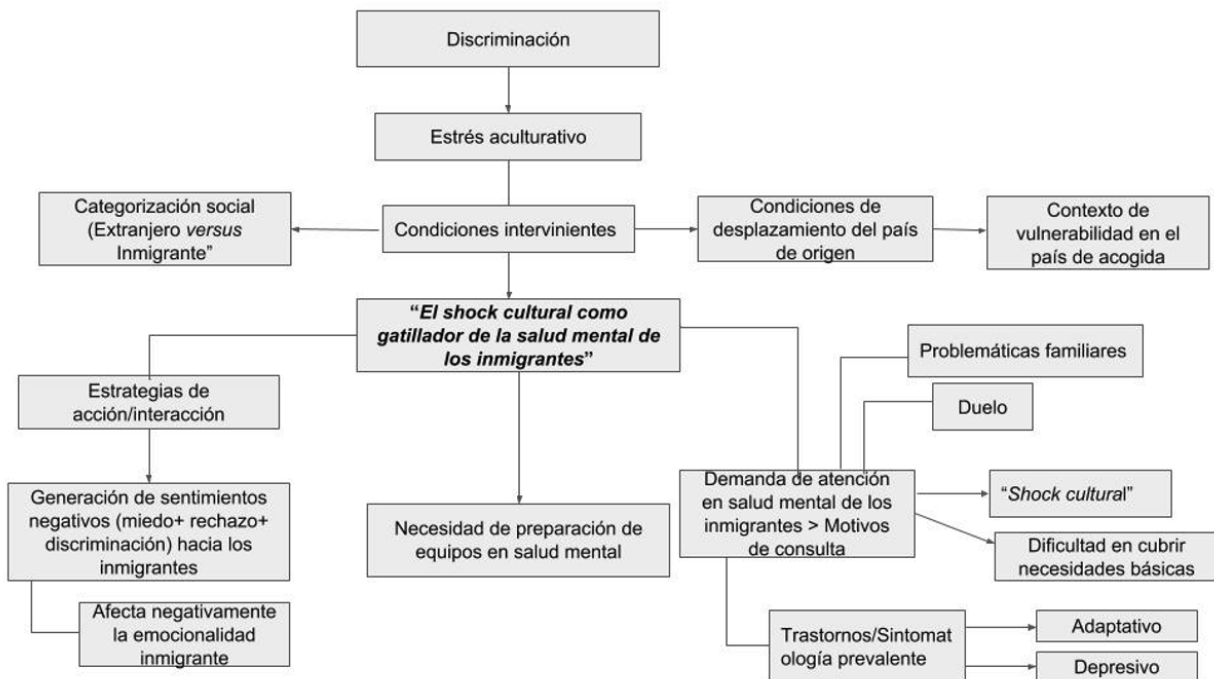


Figura 6. “El shock cultural como gatillador de la salud mental de los inmigrantes”

inmigrantes. Dicha categorización, en ocasiones determina condiciones sociales y estructurales e inclusive oportunidades laborales para los inmigrantes en el país de acogida, lo que podría terminar siendo un factor de riesgo en la salud mental de los inmigrantes. De esta manera se refería una psicoterapeuta entrevistada en relación con la categorización social percibida por los pacientes:

“Lo que yo más he visto ha sido el sufrimiento de los pobres como de adaptarse a este nuevo contexto social, donde los chilenos agreden mucho a la gente en cambio si son europeos o de otros lados, ah no, bienvenidos.... pero si son latinoamericanos los discriminan mucho” (1:120).

Sumado a lo anterior, intervienen las condiciones de salida del país de origen, como pueden ser las migraciones forzadas que se dan en múltiples inmigrantes obligados a dejar su país debido a la crisis política y social, o por otro lado migraciones económicas. Sin embargo ambas aparecen muy correlacionadas con las condiciones y el grado de vulnerabilidad social y estructural que adquieren en el país de acogida, el cual constituye la tercera condición interviniente en el fenómeno. Esta tercera condición se refiere principalmente a las condiciones de vivienda, acceso a la salud, nivel socio-económico, entre otros, del inmigrante en el país de acogida.

Las estrategias de acción/interacción en este fenómeno tienen que ver con el actuar de cierta parte de la sociedad chilena frente a la llegada de múltiples inmigrantes a Chile, en tanto se produce la generación de sentimientos negativos hacia ellos, tales como el miedo, el rechazo y la discriminación. Estos sentimientos tendrían un doble efecto en la población inmigrante, ya que se constituyen como obstaculizadores de la adaptación al mismo tiempo que influyen negativamente en la emocionalidad del inmigrante.

Analizando las consecuencias de este fenómeno, cabe mencionar la demanda de atención en salud mental de dicha población y las características asociadas al mismo. Uno de los principales motivos de consulta que relatan los psicoterapeutas está relacionado con el *shock cultural* vivido por los inmigrantes, el cual comprende; diferencias culturales, dificultades en la adaptación, falta de sentido de pertenencia y barreras idiomáticas. Asimismo, aparecen otros motivos de consulta que también pueden estar ligados con la experiencia migratoria; los dueños migratorios, la urgencia de cubrir necesidades básicas en el país de acogida (como por ejemplo cubrir mínimas condiciones de salud y alimentación) y problemáticas familiares y relacionales que pueden responder a conflictivas ya existentes antes del proceso migratorio pero que se intensifican, desencadenan o por el contrario se originan en el país de acogida. En algunas ocasiones, este *shock cultural* puede comprometer el bienestar psicológico de los inmigrantes en el momento en el que comienzan a desarrollar sintomatología depresiva y/o adaptativa, las cuales conforman las sintomatologías más prevalentes en los inmigrantes en el momento de consultar.

Ante la creciente llegada de inmigrantes a Chile, las demandas en salud mental en la población inmigrante también se han visto aumentadas. Sin embargo, los psicoterapeutas perciben con urgencia la necesidad de preparación de equipos en salud mental para la atención de dicha población. Este *shock cultural* también es experimentado por algunas instituciones y profesionales de salud mental en tanto no se sienten preparados para brindar la atención que requiere esta población. Así se refería un psicoterapeuta entrevistado a este fenómeno:

“Aparece este fenómeno de la migración, sentimos que no estamos preparados y lo primero que hacemos, como la mayoría de procesos psicológicos: negamos. ¿A donde

los derivamos? ¿Que digamos no? Como con mucha facilidad esa tendencia y ese fenómeno yo lo he visto no solo en salud, lo he visto en el área de infancia(...) y precisamente porque la sociedad también se shockea” (7:18).

Una profesional que trabaja en el COSAM refiere en la siguiente viñeta la necesidad de insertar en el *setting* traductores de Kreol para que los inmigrantes haitianos puedan sentirse más incluidos, acogidos y comprendidos:

“Nos tenemos que adaptar a esta nueva forma, ya no estamos con puros chilenos, hay que incluirlos cachai... creo que ahí también, bueno, yo trabajo en salud pública, pero deberían de implementar eh como políticas y poner dinero para generar esto, por ejemplo que haya traductores de Kreol..” (1:154).

Conclusiones

Los psicoterapeutas entrevistados pudieron dar cuenta de las muchas aristas y desafíos existentes en torno a la atención de población inmigrante en la salud mental. Tanto el fenómeno migratorio *per se* como su aterrizaje en la clínica conforman fenómenos que disponen de múltiples factores y variables que relacionados entre sí pueden tener efectos nocivos en la salud psíquica del inmigrante.

Interculturalidad en el encuentro clínico y salud mental

Uno de los principales hallazgos de esta investigación es haber obtenido una aproximación a ciertas particularidades que presenta la población inmigrante en Chile y que se pueden dar cuenta en el espacio terapéutico. En este sentido, respecto de los motivos de consulta algunos responderían estrictamente a la experiencia migratoria, como lo es el shock cultural o el duelo migratorio, aunque otros no necesariamente, como por ejemplo las problemáticas familiares que traen

consigo. Las sintomatologías más prevalentes reportadas por los psicoterapeutas son adaptativas y depresivas. La etiología asociada a dichas sintomatologías y descrita por los psicoterapeutas, respondería a: el contexto de vulnerabilidad en el que se encuentra inmerso el inmigrante en el país de acogida, el proceso de desarraigo del país de origen, el *shock cultural* (comprendería las dificultades en los procesos aculturativos y discriminación percibida), la etapa migratoria en la que se encuentran y el origen nacional, asociado a problemáticas particulares en cada caso.

El principal elemento emergente que rescatan los psicoterapeutas debido a la interculturalidad tiene con ver con la *apertura y curiosidad del psicoterapeuta*, refiriendo una actitud genuina de *“no dar nada por sentado”* (3:24) en el encuentro psicoterapéutico, pudiendo manifestar lo que no está siendo comprendido por el psicoterapeuta. Este hallazgo también resulta coincidente con la investigación arriba mencionada de PRISMA, donde los pacientes asocian un *“espacio de acogida especializada”* con una actitud no *interpretativa* por parte de los psicoterapeutas (Becerra, Altimir & Solis, 2013), y también puede asociarse al concepto del *tercero intersubjetivo/intercultural* (Morales, 2019), que implica acoger, pero mirarse desde la diferencia.

Otro de los hallazgos importantes responde a los principales recursos de los psicoterapeutas en la atención clínica. Entre ellos se rescata el uso de las habilidades psicoterapéuticas, el estudio sobre la inmigración y la interculturalidad (estudiar flujos migratorios, leyes migración, historia y cultura de los países, etc.), las formaciones previas y las experiencias propias en torno a la interculturalidad. Respecto del estudio de la interculturalidad, cabe mencionar que estaría estrechamente relacionado con el principal elemento que rescatan los psicoterapeutas como facilitador del vínculo y que se denominó como *“Rol de agencia*

del *psicoterapeuta*”, donde el psicoterapeuta ejercería un papel favorecedor de traducción, inclusión y adaptación del inmigrante.

Sin embargo, también aparecen dificultades en la atención. Según los entrevistados, el lenguaje con especial énfasis en la construcción de un mismo significado y la barrera idiomática constituirían las principales dificultades en la atención.

Otro de los resultados encontrados en esta investigación tiene relación con la supervisión de los entrevistados, donde se pone de manifiesto la complejidad de la interculturalidad en psicoterapia, y donde dan uso del espacio de supervisión para hacer manifiesta una problemática a resolver. También se presenta como un espacio necesario, donde se discuten dilemas éticos y legales asociados por un lado al respeto cultural del paciente y por otro al establecimiento de una ley/orden que se debe de cumplir en el país de acogida. Es aquí donde se abre una arista de posibilidades y de discusiones que amerita revisar las leyes y cómo estas se aplican a individuos inmigrantes, donde pareciera de suma importancia tener en cuenta el factor cultural. Por un lado, algunos psicoterapeutas perciben cierta rigidez en instituciones como la OPD, o el SENAME, así como es sabido por ellos que en ocasiones es mejor que los menores no recaigan allí. Sin embargo, la discusión entre los profesionales de salud mental se torna difícil ante casos, por ejemplo, de pausas de crianza que en Chile serían consideradas negligencia parental y no así en otros países de Latinoamérica. Así relataba un entrevistado la experiencia en torno a la presencia de dichos dilemas: Por lo que resulta complejo para los psicoterapeutas decidir en torno a qué hacer frente a estas situaciones donde la ley y la cultura aparecen confrontados. Ante esto, algunos entrevistados apuntan a la *negociación cultural* como una posible solución a este problema ya que por un lado resulta importante poder entender el caso desde una perspectiva cultural

del paciente y por otro lado, parece necesario poder explicarles a los inmigrantes que algunas prácticas, actitudes y/o acciones son consideradas negligencia o ilegales en Chile, ya que pueden desconocerlo.

La importancia del contexto socio-político en la atención y experiencia del paciente inmigrante

Sumado al desafío idiomático y cultural, aparece según los psicoterapeutas una barrera en torno al acceso de los inmigrantes a los servicios de salud público. Con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas migrantes y refugiados en el año 2007, se da lugar a la creación del ordinario 22848, donde se explicita la igualdad de condiciones en derecho de salud para los nacionales, extranjeros y refugiados con situación regularizada con acceso a FONASA, y a los irregulares atención en servicios de urgencia en los establecimientos de la red asistencial de los Servicios de Salud así como en atención privada (Becerra & Altimir, 2012; <http://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>). Pese a estos esfuerzos, pareciera que en lo práctico se complica, ya que dicha atención depende en gran medida del trabajo, RUT, o del tipo de visa del inmigrante en cuestión. Por lo que, aunque desde el Gobierno se estén creando normativas, leyes y estrategias para la atención de salud de los inmigrantes, aún se hace complejo que los avances se tornen efectivos en la práctica. Otro de los resultados arrojados en la investigación apunta a la sociedad y a la discriminación como elementos decisivos en la experiencia migratoria. Según los psicoterapeutas, la inmigración tendría múltiples consecuencias en Chile, sin embargo se destaca positivamente la percepción de los mismos respecto de la interculturalidad como un gran aporte de riqueza y aumento de perspectivas socio-culturales para Chile.

Sin embargo, los entrevistados identifican en Chile instaurado el fenómeno de *categorización social*. En el caso de esta investigación,

el extranjero perteneciente de Europa o EE.UU. es mejor recibido y/o percibido por la sociedad, versus el inmigrante latinoamericano con quien los chilenos tienden a ser más restrictivos y discriminatorios. En otra investigación donde se entrevistaron en profundidad a inmigrantes, se concluyó que la experiencia migratoria, entre otros, se encontraba relacionada con la difícil relación con los chilenos, por los que nuevamente la actitud de la sociedad de acogida, así como los imaginarios y categorizaciones toman un rol importante en la experiencia del migrante (Becerra & Altimir, 2013).

Tal y como refiere Tijoux (2013) en una investigación realizada con niños peruanos discriminados, "(..) *los hemos visto expuestos a un maltrato continuo que podríamos entender como una producción de estigma producida por actores concretos, como el Estado y la sociedad*" (p. 96).

En una investigación en torno las relaciones generadas entre administrativos y profesionales de la salud e inmigrantes latinoamericanos usuarios del Sistema Público de Salud chileno, se concluyó la existencia de discriminación de las institucionalidades públicas de salud a dichos usuarios, lo que complejiza aún más la atención y el bienestar de esta población.

DISCUSIÓN

A modo de conclusión, se pueden rescatar tres actores principales en el rol de la interculturalidad en salud mental. El Gobierno como representante político, la sociedad chilena y el profesional de salud mental resultan figuras relevantes en el favorecimiento de una experiencia del migrante integradora en Chile, a través de la inclusión, la no discriminación, la acogida, la comprensión cultural, la comprensión del sufrimiento, entre muchos otros.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, los avances propuestos por el Gobierno

hablarían de un interés por favorecer y facilitar la experiencia del migrante en el país de acogida. Sin embargo, resulta necesario que dichos avances se revisen asegurando la implantación de las normativas y leyes vigentes, teniendo en consideración los problemas que se generan a veces por el propio sistema, o simplemente por el desconocimiento y/o imposibilidad de acceder a dichos servicios.

Teniendo en cuenta lo anterior, también se vislumbra un gran reto de inclusión por parte de la sociedad chilena hacia los inmigrantes en el país, fomentando el reconocimiento de la riqueza cultural que aportan, eliminando la exclusión, la discriminación, y la negación del otro inmigrante (Hopenhayn, 2002), facilitando de esta manera la estadía en el país de acogida y la constitución del inmigrante como sujeto de derecho (Rojas & Silva, 2016). Tal y como indica Stefoni (2003), una manera de avanzar en la integración de los inmigrantes cuando se han transformado en un *otro* para la sociedad de acogida, reside en el reconocimiento de ese *otro* que no es únicamente percibir y dar cuenta de su presencia. Sin embargo, reconocer al inmigrante a veces resulta complicado por el miedo y el desconocimiento. Bauman (2016) en su libro explica lo que él define como *pánico migratorio*, habla de los inmigrantes como un *otro extraño* para la sociedad: "*De los extraños, sin embargo conocemos demasiado poco (..) y el desconocimiento de como continuar, de cómo tratar una situación que no hemos creado y que no tenemos bajo control, es causa fundamental de grandes ansiedades y miedos*" (p. 15).

Por otro lado, si bien no se sabe con certeza si existe una relación directa entre la migración y la salud mental, las investigaciones apuntan a que sería la interacción de ciertas variables las que comprometerían el bienestar en la salud mental de los inmigrantes, favoreciendo ciertas problemáticas. Entre otros, la discriminación es considerada un factor preponderante para el

desarrollo de algún problema en salud mental, en tanto dificulta aún más el proceso de adaptación, pudiendo generar el denominado estrés aculturativo (Collazos, Qureshi, Antonín, & Tomás-Sábado, 2008; Becerra & Altimir, 2013; Ubach & Santacana, 2016).

También, cabe mencionar el **rol activo desde la psicología**, la cual ocupa un lugar relevante para aquellos inmigrantes que requieran de atención clínica por lo que los profesionales y equipos en salud mental deben de estar preparados *culturalmente* para brindar el soporte necesario. Concretamente, el psicoterapeuta desempeña un rol extenso de ayuda al inmigrante, pudiendo explicar desde el funcionamiento de: el acceso a servicios de la salud, los procesos requeridos para solicitar una visa laboral, el acceso a un contrato de arrendamiento para la vivienda, entre otros.

En este sentido, los resultados reflejan un importante aporte de la interculturalidad en la psicoterapia, y en concreto en los psicoterapeutas, quienes perciben que el encuentro intercultural en psicoterapia fomenta el aprendizaje cultural a la vez que permite el cuestionamiento por parte de los psicoterapeutas de las creencias y prejuicios arraigados. Sobre todo es en este encuentro donde a través del conocimiento de un otro intercultural, la relación psicoterapéutica se humaniza.

Como limitaciones del estudio, se señala la muestra acotada y una aproximación descriptiva e inicial del fenómeno de estudio, sin poder desprender un modelo explicativo para la comprensión del mismo. Por otro lado, como futuras proyecciones, se propone poder hacer un estudio donde se le dé "voz" a los migrantes y se les pregunte cómo perciben al psicoterapeuta chileno y el rol que tiene la interculturalidad para ellos en su percepción de bienestar y salud mental. ■

Referencias

1. Achotegui, J. (2016). La atención a la Salud Mental de los inmigrantes y demandantes de asilo. *De la cuna al asilo: ¿Cuál es el futuro de la Salud Mental en Europa?*, 19, 107.
2. Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: Perdiguero E., Comelles J.M., editors. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
3. Alvarado, R. (2008). Salud mental en inmigrantes. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12 (1), p-37.
4. Andolfi, M. (2009). La psicoterapia como viaje transcultural. *Psicoperspectivas*, 8 (1).
5. Aravena Reyes, A., & Alt Álvarez, C. (2012). Juventud, migración y discriminación en el Chile contemporáneo. *Última década*, 20(36), 127-140.
6. Arenas, P., & Alfonso, U. M. (2016). Estrategias de Aculturación e identidad étnica. Un estudio en migrantes sur-sur en el norte de Chile. *Universitas Psychologica*, 15(1).
7. Arredondo, P., y Toporek, R. (2004). Multicultural Counseling Competencies = ethical practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 26(1), 44-56.
8. Bacigalupe, G. & Camara, M. (2012). Transnational families and social technologies: Re-assessing immigration psychology. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 8(6).
9. Balbás Yusta, P. (2015). El papel de las diferencias culturales y de la competencia intercultural en el establecimiento de la alianza terapéutica. (Tesis de postgrado). Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España.

10. Bauman, Z., & Mosquera, A. S. (2016). *Extraños llamando a la puerta*. Paidós.
11. Becerra, M. (2017) ¿Y el lugar de la cultura en salud mental?: Una lectura crítica desde la clínica. *Revista Cultura y salud mental*, Rev GPU 2017; 13; 4: 364-370.
12. Becerra, M., Altimir, L. y Solis, A. (2013). ¿Quién es el paciente migrante y cómo se manifiesta su malestar? *Revista Psicología Hoy*, (15).
13. Becerra, M. y Altimir, L. (2012). El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental. En ACNUR, OIM y UNICEF (Eds.), *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile: Avances y desafíos* (pp.191-216). Santiago: Andros Impresores.
14. Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 167-175.
15. Berry, J. (2008). Globalizationsilation and acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 328-336.
16. Berry, J. (1997) Lead Article – Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5-68.
17. Besser, M. C., & Moncada, L. (2013). Proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de terapeutas que tratan trastornos alimentarios: un estudio cualitativo. *Psykhé (Santiago)*, 22(1), 69-82.
18. Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, 101, 21-33.
19. Bryceson, Deborah y Ulla Vuorela (2002), *The transnational family: new European frontiers and global networks*, Berg, New York.
20. Brik, E. (2015). “La psicoterapia transcultural: la interaccion con el otro diferente” *Terapias sin fronteras* [Texto en un blog]. Recuperado de: <https://terapiasinfronteras.com/blog/la-psicoterapia-transcultural-la-interaccion-con-el-otro-diferente/>
21. Brown, G. A., & Hernández, M. C. (2014). Inmigración y salud mental infanto-juvenil: análisis de los artículos publicados en revistas nacionales de Psicología durante el periodo 2003-2013. *Summa Psicológica UST*, 11 (2), 45-56.
22. Cabieses, B. (2014). La Compleja Relación Entre Posición Socioeconómica, Estatus Migratorio y Resultados de Salud. *Value in Health Regional Issues*, 5, 1-6.
23. Charmaz, K., & Henwood, K. (2008). Grounded theory in psychology. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (pp.240-260). London: Sage.
24. Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile (2008). Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana. Santiago: Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
25. Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., & Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo*, 29(3).
26. Concha, L., & Paz, N. (2012). De la alterisación a la discriminación en un sistema público

- de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales* (CI), (28).
27. Day-Vines, Norma L.; Wood, Susannah M.; Grothaus, Tim; Craigen, Laurie; Holman, Angela; et al.. *Journal of Counseling and Development* : JCD; Alexandria Vol. 85, Iss. 4, (Fall 2007): 401-409.
 28. Dantas, S. (2016). Migração, prevenção em saúde mental e rede digital. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 24(46).
 29. Departamento de Extranjería y Migración DEM (2016). Estadísticas Migratorias 2005-2015. Departamento de Extranjería y Migración, 2016, disponible en <http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>
 30. De la Revilla, L., Ana, M., del Castillo, J. D. D. L., García, M. G., Morillas, C. V., & Torres, G. L. (2011). Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Atención primaria*, 43(9), 467-473.
 31. Departamento de Extranjería y Migración DEM (2015). Noticias Sello Migrante. Disponible en <http://www.extranjeria.gob.cl/noticias/2015/10/09/gobierno-lanza-sello-migrante-para-municipalidades-que-trabajan-la-interculturalidad-e-inclusion-de-migrantes/>
 32. Díaz López, M. (2003) *Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la inmigración*. Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Consejería de Servicios sociales. Comunidad de Madrid.
 33. Eco, H. (2019). *Migración e intolerancia*. Madrid: Lumen.
 34. Etchebarne, Ignacio, Juan, Santiago, Balbi, Paula R., & Roussos, Andrés J.. (2012). El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada: resultados preliminares. *Anuario de investigaciones*, 19(1), 215-223.
 35. Falicov, C. J. (2007). Working with transnational immigrants: Expanding meanings of family, community, and culture. *Family process*, 46(2), 157-171.
 36. Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas sistémicas*, 69, 81-102.
 37. Fuertes, M. C., Elizalde, L., De Andrés, M. R., García Castellano, P., Urmeneta, S., Uribe, J. M., & Bustince, P. (2010, August). Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 33, No. 2, pp. 179-190). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
 38. García-Campayo, J., & Sanz, C. (2000). Psiquiatría transcultural: el desafío de la psicopatología en el nuevo milenio. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 54, 5-6.
 39. García, T., García, L., González, R., Carvalho, J., & Catarreira, S. (2016). Revisión metodológica de la triangulación como estrategia de investigación. *CIAIQ2016*, 3.
 40. Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
 41. González, R. (2005). Movilidad social: el rol del prejuicio y la discriminación. *Foco, Expansiva*, 59, 1-23.
 42. Gómez-Gómez, E. N., & Zohn-Muldoon, T. (2013). Agencia y cambio en psicoterapia.

- El espiral de la reflexividad. ITESO/Universidad de Guadalajara/Universidad Iberoamericana León.
43. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 3). México: McGraw-Hill.
 44. Hopenhayn, M. (2002). El reto de las identidades y la multiculturalidad. *Pensar Iberoamérica: Revista de cultura*, 2002.
 45. Inclán, J. (2010). Terapia de familia con inmigrantes latinoamericanos: Un modelo sistémico/ecológico. *De familias y terapias*, 19(28). Pp. 21-37.
 46. Instituto Nacional de Estadísticas. (2013). Censo 2012. Instituto Nacional de Estadísticas. Gobierno de Chile.
 47. Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Censo 2017. Instituto Nacional de Estadísticas. Gobierno de Chile.
 48. Jurado, D., Alarcón, R. D., Martínez-Ortega, J. M., Mendieta-Marichal, Y., Gutiérrez-Rojas, L., & Gurpegui, M. (2017). Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 45-58.
 49. Linares, J. L. (2011). La interculturalidad en la mirada del terapeuta sistémico. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, (25), 31-42.
 50. Mantilla Lagos, C., & Sologuren de la Fuente, X. (2006). Criterios para evaluar la eficiencia: hablan psicoterapeutas psicoanalíticos, conductuales cognitivos, racionales emotivos y psicoanalistas. *Revista de Psicología*, 24(2).
 51. Martínez Moneo, M., & Martínez Larrea, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 29, pp. 63-75). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
 52. Martínez-Taboada, C., Arnoso, A., & Elgorriaga, E. (2006). Estudio del choque psicosocial de las personas inmigradas en Donostia. *Síntesis y Propuestas. Ayuntamiento de San Sebastián*.
 53. Memorias Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. México. (2008). [Acceso 9 de Mayo de 2018]. Disponible en: http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller_20Determinantes_20Sociales.pdf
 54. MINSAL; FONASA; Servicio de Salud. Orientaciones Técnicas: Programa Piloto de Salud de Inmigrantes. In: Chile Gd, editor. Santiago: MINSAL; 2015. Disponible en: <http://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>
 55. Mishne, J. (2002) *Multiculturalism and the Therapeutic Process*. New York, NY, US: Guilford Press.
 56. Moncada Arroyo, L. (2007). Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas. Disponible en <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/122060>
 57. Morales, G. (2019). Un desconocido que sufre llama a tu puerta: Psicoterapia relacional e interculturalidad. *Escritos Relacionales*, 1(1), 50-54.
 58. Moreno, G. P., Engel, J. L., & Polo, S. A. (2007). Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Atención primaria*, 39(11), 609-614.
 59. Organización Mundial de la Salud (OMS), World Health Organization. Texto recuperado de <http://www.who.int/about/copyright/es/> OMS 2017.

60. Qureshi Burckhardt, A., & Collazos Sánchez, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo*, 27(1).
61. Ramos Tovar, E. (2012). Dolor y gozo: La estructura psíquica de las familias transnacionales. *Migración y desarrollo*, 10(18), 163-183.
62. Richards, B. M. (1999). Suicide and internalised relationships: A study from the perspective of psychotherapists working with suicidal patients. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(1), 85-98.
63. Robinson, O. C. (2014). Sampling in interview-based qualitative research: A theoretical and practical guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25-41.
64. Rojas, G., Fritsch, R., Castro, A., Guajardo, V., Torres, P., & Díaz, B. (2011). Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Revista Médica de Chile*, 139(10), 1298-1304.
65. Rojas, N., & Silva, C. (2016). La migración en Chile: Breve reporte y caracterización. (Informe OBIMID).
66. Salvador Sánchez, I. (2002). La emigración como proceso de duelo: Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (82), 57-64.
67. Stefoni, C. (2003). *Inmigración peruana en Chile. Una oportunidad a la integración*. Santiago de Chile, FLACSO-Editorial Universitaria.
68. Stefoni, C. (2011). Perfil Migratorio de Chile. Documento de la Oficina Internacional para las migraciones OIM. Recuperado de http://priem.cl/wp-content/uploads/2015/04/Stefoni_Perfil-Migratorio-de-Chile.pdf.
69. Tijoux, M. (2011) *Negando al "otro": El constante sufrimiento de los inmigrantes peruanos en Chile*. En Stefoni, C. (2011). *Mujeres inmigrantes en Chile: ¿Mano de obra o trabajadoras con derecho?*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
70. Tijoux-Merino, M. E. (2013). Niños (as) marcados por la inmigración peruana: estigma, sufrimientos, resistencias. *Convergencia*, 20(61), 83-104.
71. Tijoux, M. E. (2014). El Otro inmigrante "negro" y el Nosotros chileno. Un lazo cotidiano pleno de significaciones". *Boletín Onteiken*, 17, 1-15.
72. Tijoux, M. E.. (2017, Enero). La crueldad del racismo como marca de la historia. *Ser migrante en Chile: Un debate pendiente*. PALABRA PÚBLICA, N°4 , 47-51.
73. Tomicic, A., Bauer, S., Martinez, C., Reinoso, A., & Guzmán, M. (2009). La Voz como una Herramienta Psicoterapéutica: La perspectiva de los terapeutas. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18(3).
74. Tylor, E. B. (1871). "La Ciencia de la Cultura", en J. S. Kahn. (1975). *El Concepto de Cultura: Textos Fundamentales*. Barcelona: Anagrama, 29-46.
75. Trujillo Sáez, F. (2005). En torno a la interculturalidad: reflexiones sobre cultura y comunicación para la didáctica de la lengua.
76. Ubach, L. I., & Santacana, F. I. (2016). Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas*, 15(1), 157-168.
77. Urzúa, A., Heredia, O., & Caqueo-Urizar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista médica de Chile*, 144(5), 563-570.

78. Urzúa, A., Vega, M., Jara, A., Trujillo, S., Muñoz, R., & Caqueo-Urizar, A. (2015). Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Terapia psicológica*, 33(2), 139-156.
79. Vilar Peyrí, E., & Eibenschutz Hartman, C. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 11-32.
80. Walsh, S., Shulman, S., Feldman, B., & Maurer, O. (2005). The impact of immigration on the internal processes and developmental tasks of emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 413-426.
81. Williams CL, Berry JW. Primary prevention of acculturative stress among refugees: Application of psychological theory and practice. *Am Psychol* 1991; 46: 632-41.
82. Zapata Sepúlveda, P. (2017). La autoetnografía interpretativa para humanizar la investigación social en contextos transfronterizos latinoamericanos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(spe), 49-58.