

Lectura Psicosocial de las Migraciones Matriz Psicosocial de la Psiquiatría.

**Viernes 18 de Agosto 2017
AMEPSA**

Introducción

- El hombre es migrante por naturaleza.
- Habría genes que facilitarían la migración.
- Personalidades migrantes.
- La especie humana emigro de Kenia África.
- Abraham, Moises, Ulises, Romulo y Remo fueron migrantes.
- Entre nosotros San Martín, Pichon Riviere y muchos de nosotros no emigramos dada tantas migraciones previas.

Introducción

- La migración en el siglo XXI es un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuantitativa y cualitativamente importante y no discutible desde la perspectiva de sus relaciones con la salud mental.
- Migrar desafía la capacidad de adaptación del ser humano.

Lectura Psicosocial de las Migraciones

- Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos.
- La migración genera un quiebre vital en la vida de las personas.
- Estas personas son las candidatas a padecer el SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE (SIECM) o “síndrome de Ulises” (Por Ulises héroe griego de la Odisea que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos)

Estrés y Duelo

- Estrés: un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales percibidas y las capacidades de respuesta del sujeto.
- Duelo: el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto.
- Podríamos establecer una correlación entre los dos conceptos señalando que el duelo es un estrés prolongado e intenso.

Los duelos del migrante

- Se considera que existen 7 duelos en la migración:
 - 1. La familia y los seres queridos
 - 2. La lengua
 - 3. La cultura
 - 4. La tierra
 - 5. El estatus social
 - 6. El contacto con el grupo de pertenencia
 - 7. Riesgos para la integridad física.

Las condiciones de la migración

- Estos duelos se darían, en mayor o menor grado, en todas las migraciones, pero no sería lo mismo vivirlos en buenas condiciones (personales y sociales) que vivirlos en situaciones extremas.

Tipos de duelo

- 1. El duelo simple: se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.
- 2. El duelo complicado: cuando existen serias dificultades para su elaboración.
- 3. El duelo extremo: es tan problemático que no hay adaptación del sujeto (éste sería el duelo propio del síndrome de Ulises).

Duelo Simple

- Con relación al duelo por la familia es duelo simple cuando emigra un adulto joven que no deja atrás ni hijos pequeños ni padres enfermos y puede visitar a los familiares.

Duelo Complicado

- Con relación al duelo por la familia es duelo complicado cuando se emigra dejando atrás hijos pequeños y padres enfermos, pero es posible regresar, traerlos, ayudarlos, etc.

Duelo Extremo (SIEMC)

- Se da cuando se emigra dejando atrás a la familia, especialmente cuando quedan en el país de origen hijos pequeños y padres enfermos, pero no hay posibilidad de traerlos ni de regresar con ellos ni de ayudarles.

SIEMC

SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE

- El inmigrante no puede traer familia consigo ni ir a visitar porque podría darse la imposibilidad del retorno al no tener papeles o medios económicos
- Tampoco puede volver con el fracaso a cuentas de no haber podido salir adelante en la migración
- La soledad forzada supone un gran sufrimiento.
- Este duelo tiene que ver con los vínculos y el apego, con el dolor que producen las separaciones

SIEMC o Síndrome de Ulises

SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y
MÚLTIPLE
(Achotegui 2002)

- Sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no logra ni siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante.
- El fracaso en soledad aún es mayor.
- Si el inmigrante decidiera regresar, la vuelta siendo un fracasado resultaría aún más penosa
- Problema de salud mental emergente en los países de acogida de los inmigrantes.

La lucha por la supervivencia

- Habría aquí dos grandes áreas:
 - 1. La alimentación
 - 2. La vivienda

La alimentación

- Muchas veces estas personas se hallan subalimentadas.
- Envían casi todo el poco dinero que tienen a sus familiares en el país de origen.
- El resultado es que tienden a comer alimentos de baja calidad, con muchas grasas saturadas, bajo índice de proteínas...
- No les resulta fácil reproducir en la sociedad de acogida los hábitos alimentarios saludables que tenían en la sociedad de origen.

La vivienda

- No es extraño encontrar casos de viviendas en las que se hacinan inmigrantes a precios abusivos.
- El hacinamiento es un factor de tensión y de estrés.
- Se calcula que el espacio vital que necesita una persona no debe ser inferior a 15 metros cuadrados, espacio que va mucho más allá del que pueden permitirse estas personas.

El miedo

- Se trata del miedo por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio
- Las coacciones de las mafias
- Las redes de prostitución
- Abusos
- El miedo a la detención y expulsión
- En Europa se expulsa a un inmigrante cada cinco minutos

El miedo

- El estrés crónico da lugar a una potenciación del condicionamiento del miedo, tanto sensorial como contextual, respondiéndose con miedo ante las situaciones de estrés futuras.
- En los migrantes con síndrome de Ulises, se hallan sometidos a múltiples estresores que reactivan las situaciones de terror que han sufrido anteriormente.
- El miedo es perceptible también en los niños inmigrantes cuyos padres no tienen papeles.

El miedo

- El miedo está relacionado con la vivencia de situaciones traumáticas y con los peligros para la integridad física.
- La desesperación puede más que el miedo, y estas personas siguen llegando.

SIECM o Síndrome de Ulises

- La combinación de:
- Soledad + Fracaso en el logro de los objetivos + Vivencia de carencias extremas + terror
- Son las bases psicosociales del Síndrome de Ulises.

Factores que potencian el SIECM

- 1. La multiplicidad: no es lo mismo padecer uno que muchos estresores. Los estresores se potencian.
- 2. La cronicidad: no es lo mismo padecer una situación de estrés unos días o unas semanas que padecerla durante meses o incluso años.

A) El estrés es acumulativo. Muchos de estos inmigrantes desarrollan auténticas odiseas que duran años.

B) Podemos decir que, más que tener un mal día, tienen una mala vida.

Factores que potencian el SIECM

- 3. La intensidad y la relevancia de los estresores: lógicamente hacemos referencia a estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo. C) No es lo mismo el estrés del tráfico porteño o de unos exámenes universitarios que la soledad afectiva, las vivencias de terror.
- 4. La ausencia de sensación de control D) si una persona padece estrés pero conoce la manera de salirse de él, reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en que se halla inmerso.
- 5. La ausencia de una red de apoyo social.

Factores que potencian el SIECM

- 6. Estresores clásicos - nuevos estresores: hay que tener en cuenta que a estos estresores señalados se han de añadir los ya clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, de paisaje, etc.
- 7. El círculo vicioso: las fuerzas para seguir luchando comienzan a fallar. El inmigrante padece en este caso toda una sintomatología que tiene un efecto incapacitante.
- 8. El sistema sanitario no responde adecuadamente a toda esta larga cadena de dificultades

SIECM o Síndrome de Ulises

■ Se caracteriza por ser una combinación de toda una serie de estresores, y de toda una serie de síntomas que afecta:

- 1) Área depresiva.
- 2) Área de la ansiedad
- 3) Área de la somatización
- 4) Área de la confusión

Área depresiva

- Tristeza: 1) sentimiento de fracaso, 2) indefensión aprendida y 3) los duelos extremos a los que debe hacer frente el inmigrante en situación límite.
- Llanto: en estas situaciones límite lloran tanto los hombres como las mujeres, a pesar de que los hombres han sido educados en casi todas las culturas en el control del llanto. Ante una situación límite las barreras culturales quedan en segundo lugar.
- No hay sentimientos de culpa en los orientales: se expresa con menor frecuencia e intensidad en culturas no occidentales. Podemos encontrar culpa paranoide por temor al castigo (vinculada al pensamiento mágico)
- No hay ideas de muerte. Protege de ideas de muerte su capacidad de lucha en contextos adversos, sentimientos de vida muy fuertes, el sentimiento religioso (compartido por católicos y musulmanes)

Área de la ansiedad

- Tensión, nerviosismo
- Preocupaciones excesivas y recurrentes: el inmigrante ha de tomar muchas y graves decisiones, a veces en muy poco tiempo y con escasos medios de análisis, lo cual conlleva una enorme tensión.
- Irritabilidad
- Insomnio: la noche es el momento más duro: afloran los recuerdos, se percibe con toda su crueldad la soledad, el alejamiento de los seres queridos, la magnitud de los problemas a los que debe hacerse frente. A nivel biológico el estrés aumenta catecolaminas y corticoides que aumentan excitación. Favorecen insomnio la inseguridad, la vivienda precaria, hacinamiento, situación de calle.

Área de la somatización

- CEFALEA. 76.7% de Sdr. De Ulises: Tipo tensional, frontal y bitemporal.
- FATIGA 100 % de estos pacientes. 1) Relación con la motivación. 2) No ven salida y pierden las fuerzas. 3) Relación con el insomnio y la cefalea. ☐
- DOLOR OSTEOMUSCULAR

Área cognitiva

- Fallos de memoria y de atención.
- Sensación de sentirse perdido.
- Desorientación a nivel temporal.
- A nivel biológico el miedo crónico e intenso fija las situaciones traumáticas a través de la amígdala y da lugar a atrofia del hipocampo y habría pérdidas neuronales en la corteza orbitofrontal
- Estrés prolongado afecta en el hipocampo por medio del cortisol
- Desde Klein la confusión se vincula con el uso frecuente de la negación en situaciones extremas que favorece la fragmentación de los objetos

Interpretación cultural de los síntomas

- Interpretación de los síntomas como brujería, hechicería.
- Castigos por haber incumplido normas sociales.
- Importante para la intervención psicológica. El respeto a la cosmovisión del migrante.
- Evitar la psicopatologización

Diagnóstico diferencial

- Importante la delimitación clínica, para no diagnosticar de otras patologías psiquiátricas a estos pacientes.

- NO SE TRATA DE:

1) Trastorno de estrés agudo. 2) Trastorno depresivo. 3) Duelo patológico. 4) Trastorno adaptativo. 5) No psicopatologizar el SIECM

Diag. Diferencial Depresión

- Existe sintomatología depresiva muy relevante como tristeza y llanto. La tristeza es por un duelo extremo, pesar intenso y desolación.
- Faltan síntomas muy importantes de la depresión: Apatía, pérdida de ganas de seguir adelante. pensamientos de muerte.
- No es una depresión atípica.

Diag. Diferencial T. Adaptativo

- Podríamos decir que en el trastorno adaptativo el sujeto se toma sus problemas a la tremenda y que en el Síndrome de Ulises los problemas son tremendos y el sujeto se los toma como son.
- Diagnosticar estos cuadros como trastorno adaptativo es considerar que el sujeto está fallando ante el estresor, algo que no es cierto, ya que supera su capacidad de adaptación.
- Mientras que en el trastorno adaptativo se da “un deterioro significativo de la actividad social y laboral” en el Síndrome de Ulises el sujeto mantiene su actividad.

Diag. Diferencial con TEPT

- El síndrome de Ulises es de carácter crónico, no agudo. Prevalence los sentimientos de fracaso, soledad y lucha de supervivencia.
- En el TEPT hay apatía y baja autoestima.

Diagnóstico de SIECM

- Se ubica en el entrecruzamiento de lo psicosocial y la salud mental.
- No es una enfermedad, es una realidad.
- El migrante debido a situación extrema están lejos de la salud.
- Importante el reconocimiento de los problemas emocionales que existen por inmigrar.
- Existe muchos prejuicios.
- No psicopatologizar el síndrome. No es una enfermedad mental.
- Encuadrar el síndrome es importante para no sobre diagnosticar.
- Dar nombre a una realidad.

Diagnóstico

- No es un trastorno adaptativo, no es el inmigrante el que esta fallando.
- Viven estresores inhumanos a los que no hay adaptación posible.
- Es síndrome y pródromo. Nos indica un alto riesgo de enfermedad. 1) Alcoholismo. 2) Psicosis. 3) Enfermedades por mal nutrición.

Tratamiento

- Lo importante será la prevención y el abordaje psicosocial para evitar situaciones extremas.
- La mayoría de inmigrantes acuden al medico solo a través de urgencias y muchas veces con síntomas graves.
- Prioridades: 1) Prevención. 2) Tratamiento de enfermedades físicas o mentales. 3) Apoyo emocional. 4) Trabajo social para ayudas e inserción en nueva cultura.

Síndrome de Ulises

- Es un amplio conjunto de síntomas del área depresiva, ansiosa, confusional y psicosomática.
- Debido a situaciones extremas. 1) Soledad. 2) Lucha por la supervivencia. 3) Miedo intenso.
- Se trata de una reacción de estrés en el límite entre la salud mental y la enfermedad mental.
- Importancia de la prevención

Bibliografía

- Dr. Joseba Achotegui. Psiquiatra, ESTRÉS LÍMITE Y SALUD MENTAL: EL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE (SÍNDROME DE ULISES) . Artículo publicado en la Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría 2005 Volumen V, N° 21. pag 39-53

Matriz (bio) Psicosocial de la Psiquiatría

- Lo bio: recoge lo mejor de la tradición de las ciencias naturales positivistas (los pioneros del SXVIII y XIX y los psicofarmacólogos clínicos del SXX).
- Lo psico: heredera de los filósofos griegos y su reversión freudiana del SXIX y XX.
- Lo social: heredero de la búsqueda de elementos ambientales y sociales del sufrimiento psíquico y de la reforma de la atención comunitaria liderada por JFK en su discurso del 05/02/1963.

“primum non nocere”
“lo primero es no hacer daño”

Hipócrates
(siglo V a C)

PIONEROS DE LA PSIQUIATRIA

- 1793 Pinel nombrado en la Bicêtre

NACE LA SALUD MENTAL

- 1822 Bayle, Define la parálisis general progresiva.
- 1838 Esquirol, Ley de alienados
- 1884 John Hughlings Jackson , las enfermedades neurológicas forma de evolución o disolución del SNC
- 1889 Kraepelin, Lecciones de Psiquiatria
- 1890 Magnan, La locura intermitente
- 1893 Breuer y Freud , Estudios sobre la histeria
- 1894 Janet, El automatismo psicológico
- 1895 Freud, Proyecto de psicología para neurologos

- 1900 Freud, La interpretación de los sueños
- 1906 Alois Alzheimer
- 1911 Freud, Caso Schreber
- 1911 Bleuler, La demencia precoz
- 1913 Jasper, Psicopatología general
- 1926 Pavlov, Lecciones sobre la actividad de la corteza cerebral
- 1941 (1907-1977). Fue uno de los introductores del psicoanálisis en la Argentina
- 1949 Lacan, El estadio del espejo
- 1950 Henri Laborit, Clorpromazina
- 1972 Winnicott, Realidad y Juego
- José Bleger (1922 – 1972)

Antecedentes Históricos

- 1793 Pinel es nombrado médico del manicomio de Bicêtre. Nace la Salud Mental.
- 1886 Freud en la Salpêtrière de Charcot.
- Siglo XIX y primera mitad S. XX Psiquiatría recluida en Hospital Psiquiátrico. Cabred, Meléndez, Moyano, Melgar, Pereyra.
- 1950 aparición de neurolepticos, afianzamiento de diversos modelos psicoterapéuticos.

- Balint crea un modelo de psiquiatría de enlace. Entre nosotros Ferrari y Luchina
- 1960 Los hospicios pasan a ser hospitales psiquiátricos orientados a internaciones breves con orientación a la rehabilitación precoz (Pichon Riviere, Goldenberg, Barenblit, Badaracco)
- La psiquiatría se integra definitivamente a la medicina y a los Hospitales Generales (HG).
- Desafío actual, organizar la asistencia en niveles de complejidad creciente desde APS, HGA, Hospital Especializados en Salud Mental (Ex Monovalente).

Julia Kristeva

- Concepto de revuelta.
- Origen sánscrito.
- Fuerza que mira hacia el futuro aprendiendo algo del pasado.
- Pasar hacia atrás y volver hacia el futuro.
- No es nunca una negación del tipo “estoy en contra y mato eso”
- El sentido profundo de la revuelta tiene que ver con revalorizar los antiguos valores para que surjan otros, nuevos

Miguel de Unamuno

■ “Para novedades los clásicos”

Donald Woods Winnicott

- “Todo psiquiatra tiene siempre una inmensa carga de casos graves. Está siempre amenazado por la posibilidad de un suicidio entre los pacientes que están bajo su cuidado inmediato, y nunca deja de haber cargas referidas a la asunción de responsabilidades por internación y externación, y la prevención de cosas tales como asesinatos y maltrato de niños. Además, el psiquiatra tiene que enfrentar presiones sociales porque inevitablemente todos aquellos que necesitan protegerse de sí mismos o estar aislados de la sociedad demandan su cuidado, y en definitiva él no se puede rehusar. Si rechaza un caso, es sólo porque aceptará algún otro”

The psychology of Madnees (1965)

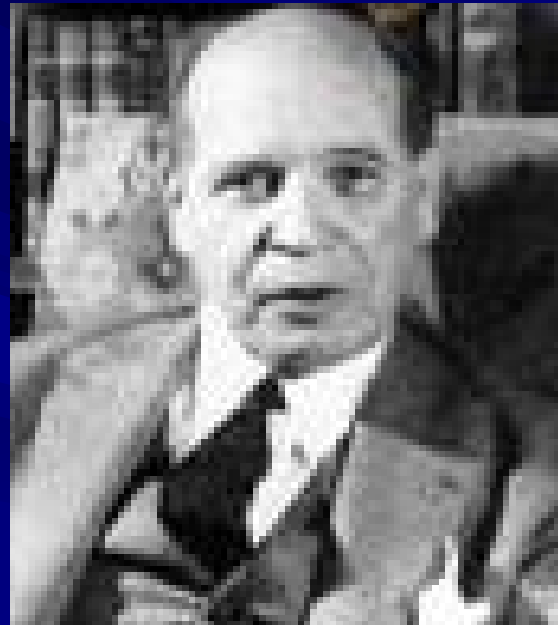
Muchas gracias!
maximiluna@yahoo.com.ar



Implementar todos los esfuerzos para prevenir la enfermedad mental.

“Rol del psiquiatra y de la psiquiatría desde Henry Ey”

“Rol del psiquiatra y de la psiquiatría desde Henry Ey”



10 de agosto de 1900 Banyuls-dels-Aspres, Rousillon

8 de noviembre de 1977 Banyuls-dels-Aspres, Rousillon

“Rol del psiquiatra y de la psiquiatría desde Henry Ey

- “El psiquiatra es un médico que comprende y explica las enfermedades mentales para poder tratarlas, debe a la vez, ser capaz de ir muy lejos en la psicología de las motivaciones inconscientes del enfermar y por otro lado reconocer la desorganización orgánica que la acompaña. Debe ser a la vez intuitivo y romántico y también biólogo y racionalista”.
- “Ser lo bastante sabio en la ciencia de la naturaleza de los hechos psicopatológicos específicos como para no confundirlos con la locura general de los hombres”
- “La medicina es ciencia y conciencia”.
- Exhortación a los psiquiatras de hoy y de siempre a preservar su identidad médica

Pensamiento psicopatológico

- Rechazando las teorías que niegan la enfermedad mental .
- Resalta la realidad de las enfermedades mentales y ante ellas la única opción es ocuparse. : curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre (anónimo S. XV)
- Agradece a los que han atacado a la psiquiatría sus críticas han permitido a la psiquiatría interrogarse sobre sus fundamentos.

INCUMBENCIA

- Es de nuestra incumbencia profesional el enfermo mental y toda su problemática que excepcionalmente se expresa con reacciones peligrosas.
- No es de nuestra incumbencia el “peligro social” que representan los criminales y sus reacciones antisociales y de peligrosidad que los caracteriza siempre.
- Se debe diferenciar claramente la noción de enfermedad con la de criminalidad

INTERNACION

- La internación psiquiátrica es la excepción y solo como una forma terapéutica cuando por alguna razón psicopatológica específica del paciente se impone.
- No es función del psiquiatra encerrar personas por ser molestas a sus familias o deciden vivir de manera diferente a la que la sociedad prescribe.



Anna Freud y Henry Ey en el primer congreso de psiquiatría en 1950.

Défense et illustration de la psychiatrie

1978 Masson Editeur, Paris.

- Su objeto es recordar cual es el saber y el deber del psiquiatra.
- Fundamentos de la psiquiatría como especialidad médica.
- La psiquiatría es médica o no es.
- Su objeto es la enfermedad mental, en la estricta realidad de su estructura psicopatológica

ESCLARECER

- A la población a través de los medios de comunicación respecto a los conceptos de enfermedad y criminalidad dado que banalizados pierden identidad y mezclados hacen del psiquiatra un carcelero y a la psiquiatría una institución penitenciaria.

TERAPEÚTICA

- Su objeto es ayudar al hombre enfermo mental a reencontrar su libertad dado que la enfermedad mental es la patología de la libertad.

Concepción órgano – dinamica

- El fenómeno de la naturaleza de la enfermedad mental, se explica por la desorganización del sustrato material
- La significación de la enfermedad mental, se comprende por las pulsiones inconscientes reprimidas.

Concepción órgano – dinamica de la psiquiatria según Henry Ey

- Siguiendo la dialéctica hegeliana de Tesis – Antítesis - Síntesis
- Tesis: organicista y mecanicista (Clerambault)
- Antítesis: dinámica y psicoanalítica (Freud)
- Síntesis : modelo órgano - dinámico de Henri Ey.

Bibliografía

- Mahieu, Eduardo L. : Henri Ey, 20 años despues..., VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, 1997, Vol. VIII, pp. 155-160.
- Défense et illustration de la psychiatrie 1978 Masson Editeur, Paris.



**Jacques Lacan, Henry Ey y Pierre Male
Saint Anne, 1932**

Muchas gracias!
maximiluna@yahoo.com.ar