

Atenció a la
salut mental
des d'una perspectiva
intercultural



Un estudi de:



Col·labora:



Ajuntament de
Barcelona

Districte de Ciutat Vella

Cartografia de Coneixements

ÍNDEX

| | |
|--|-----------|
| Introducció | 1 |
| Marc teòric | |
| Perspectiva intercultural i salut mental | 5 |
| Perspectiva comunitària | 11 |
| Metodologia | 12 |
| Context en què es troben les persones d'origen migrant | |
| Legislació: drets i llibertats | 14 |
| Dificultats d'accés als serveis i a l'atenció sanitària | 18 |
| Barreres en la interacció entre la persona professional i la persona atesa | 19 |
| Enfocament transcultural en la salut mental | 20 |
| Particularitats de la situació de les persones grans | 21 |
| Recomanacions | |
| Adreçades a les persones professionals | 23 |
| Adreçades als serveis de salut mental | 27 |
| Adreçades a les institucions | 30 |
| Recomanacions específiques per al treball amb persones grans | 31 |

Introducció

Els moviments migratoris han augmentat arreu del món en les darreres dècades de manera significativa. De fet, des de l'any 1970 el nombre mundial de persones migrades s'ha triplicat (Organización Internacional para las Migraciones - OIM, 2019). A Europa, les grans ciutats s'han diversificat progressivament, ampliant el percentatge de ciutadania de contextos culturals diversos. El fenomen migratori implica que visquem en societats cada dia més culturalment heterogènies. Segons l'OIM, el gènere ocupa un lloc central en les causes i les conseqüències de la migració. El gènere influencia els motius per als quals es migra, qui migrarà i cap a on, la manera en què les persones migren, les xarxes que fan servir, les oportunitats i els recursos dels quals podran disposar en els llocs de destinació i les relacions amb els països d'origen. (OIM - <https://www.iom.int/es/igualdad-de-genero>).

Els canvis sociodemogràfics associats als moviments migratoris comporten que les societats busquin mecanismes per adaptar-se al nou context i treballar perquè totes les persones ciutadanes¹ gaudeixin de drets fonamentals, com l'accés adequat als serveis socio-sanitaris, recursos socials i comunitaris, entre d'altres. En aquest sentit, les professionals assistencials gestionen diàriament els reptes i les dificultats amb què es troben respecte a la diversitat cultural actual. Compartir i reflexionar sobre aquestes experiències permetrà obtenir eines per dirigir-se a qualsevol persona i optimitzar l'atenció que rep la societat majoritària, que és també heterogènia.

A l'hora d'oferir una atenció de qualitat i ajustada a les necessitats de cada persona usuària, és fonamental tenir present el seu procés migratori i les condicions de vida, sovint difícils, que es troben moltes persones d'origen migrant en arribar al país receptor. Una experiència d'aquestes característiques pot tenir impacte en les dimensions emocional, social, física i econòmica de la persona, entre altres. Per això, no s'ha de minimitzar la complexitat de la situació, però tampoc reduir la persona exclusivament al seu bagatge migratori.

(1) Utilitzarem el femení genèric perquè ens referim a les persones, persones usuàries, persones migrades, persones professionals.

Per tant, ocupar-se de totes aquestes qüestions és un compromís que ha d'adoptar qualsevol societat culturalment diversa, cosa que adquireix especial importància al districte de Ciutat Vella. Segons dades del 2021 de l'Ajuntament de Barcelona, el 60% de la població que viu a Ciutat Vella és nascuda a l'estranger, enfront del 29% que hi ha a la ciutat de Barcelona (Ajuntament de Barcelona, 2021a). El 57,1% de les persones nascudes a l'estranger són homes i el 42,9%, dones. Els principals països d'origen són el Pakistan, les Filipines, Bangladesh i Itàlia, però cal subratllar que al districte hi viuen persones de 163 nacionalitats diferents². A més, aquestes dades no tenen en compte els infants nascuts a l'Estat espanyol però amb ascendents d'origen migrant. És important també considerar aquestes situacions, ja que hi ha infants i adolescents afectades per tota la complexitat que comporta el fet migratori de la seva família, tot i no haver viscut en primera persona un procés migratori.

Atenent les característiques del districte i l'interès de fer més present la perspectiva intercultural en el treball professional, el Districte de Ciutat Vella proposa elaborar un document per a professionals de l'àmbit sociosanitari que faciliti aquest abordatge de la salut mental des de la perspectiva comunitària de la salut i la interculturalitat, posant especial èmfasi al col·lectiu de persones grans d'origen migrant. Aquesta aposta també respon a l'increment del malestar emocional arran de la pandèmia de la covid-19 i a la complexitat i el conjunt de variables que influeixen en la significació i expressió del malestar emocional en funció del marc mental individual i col·lectiu.

Aquest document busca ser un element que faciliti el treball diari a les persones que atenen població general d'origen migrant. Tot i això, s'ha considerat necessari recollir aspectes concrets que fan referència a persones grans d'origen migrant. Aquest col·lectiu és poc visible i pot trobar-se en una situació d'especial vulnerabilitat a causa de diferents factors.

(2) Font: Ajuntament de Barcelona, Perfil de la població nascuda a l'estranger de Ciutat Vella i els seus barris, any 2021. Disponible a: https://ajuntament.barcelona.cat/estadistica/catala/Estadistiques_per_temes/Poblacio_i_demografia/Documents_relacionats/pobest/a2021/part2/nt27.htm

Els objectius d'aquest document són els següents:

Facilitar la capacitat de professionals i no professionals de la salut mental d'apropar-se a les persones usuàries i identificar-ne les necessitats, condicionades pels diferents eixos de desigualtats.

Ampliar la capacitat de les professionals a l'hora de diagnosticar i tractar els malestars emocionals de persones culturalment diverses.

Facilitar l'accés de les persones de comunitats culturals diverses als serveis socio-sanitaris.

Sensibilitzar les professionals i apropar-nos a les necessitats de les persones grans d'origen migrant.

Persones grans

Així, s'ha considerat necessari posar el focus en el col·lectiu de persones grans, ja que segons estudis demogràfics, el percentatge de persones migrades d'edat més avançada s'ha incrementat en les darreres dècades. Tot i que la franja d'edat en què més persones emigren és entre els 25 i els 64 anys, les reagrupacions familiars i l'envelliment de les persones que van emigrar fa temps, quan eren més joves, expliquen aquesta tendència. Tanmateix, fins ara el focus s'ha posat en altres edats o en col·lectius concrets. Per això, avui dia la realitat de les persones grans migrades és encara molt desconeguda (Consell Municipal d'Immigració de Barcelona - CMIB, 2019).

Actualment, el 21% de la població barcelonina té més de 65 anys (Ajuntament de Barcelona, 2021b) i s'estima que, en la propera dècada, la xifra arribarà al 30%. Es considera que al voltant del 10% de les persones grans són d'origen estranger; d'aquestes, la majoria són dones (més del 60%). La feminització del perfil de persones grans migrades es deu principalment a l'esperança de vida més elevada de les dones respecte als homes i, també, al seu protagonisme en els corrents migratoris de les últimes dècades (CMIB, 2019).

Aquesta tendència va a l'alça, perquè el nombre de persones amb bagatge migratori en franges d'edat més joves és més elevat. Per tant, en un futur, la població envellida d'origen migrant representarà un percentatge encara més significatiu del total de la ciutadania. És important preparar-se per respondre adequadament a les seves necessitats, i promoure un envelliment saludable en aquest col·lectiu. A més, cal tenir present que les trajectòries vitals d'aquestes persones augmenten la fragilitat del seu procés d'envelliment. Per això, cal prestar atenció a aquesta franja d'edat i treballar des d'ara per apropar-nos-hi millor (CMIB, 2019).

Un dels aspectes més rellevants d'aquest col·lectiu és que són persones que poden patir múltiples discriminacions per raó de gènere, d'edat, d'origen o de classe, entre d'altres. A més, com s'ha esmentat abans, el 62% de les persones grans són dones. Aquestes tenen una esperança de vida més alta que els homes (CMIB, 2019) però un pitjor estat de salut i també un pitjor nivell socioeconòmic.

Conèixer certes particularitats, així com les desigualtats i les discriminacions, que poden patir les persones grans migrades ha de permetre adaptar els serveis quan sigui necessari i proporcionar un tracte que s'ajusti a les seves necessitats, tenint present la gran diversitat que caracteritza les persones grans d'origen migrant (CMIB, 2019).

D'altra banda, la salut mental es pot veure alterada a conseqüència de les vivències i situacions de supervivència que han hagut d'experimentar algunes persones amb bagatge cultural divers, a causa del seu procés migratori. Així mateix, la soledat no volguda és un sentiment que es pot experimentar i pot anar lligat al fet que el procés migratori implica un afebliment de la xarxa socioafectiva. Dades del 2016 indiquen que el 18% de la població de més de 65 anys de la ciutat de Barcelona sovint se sentia sola. Tot i això, la soledat no volguda no es relaciona únicament amb el procés migratori i amb l'edat, sinó també amb el gènere i la dependència funcional, i es considera una de les epidèmies del segle XXI que està en augment en tots els grups d'edat (Ajuntament de Barcelona, 2020b).

Això no obstant, les cosmovisions sobre la vellesa d'algunes cultures influeixen positivament en la vivència i la significació de l'envelliment. A més, es considera que la participació social facilita un envelliment actiu, relacionat amb una millora de la qualitat de vida. En aquest sentit, sovint, les persones grans d'origen migrant generen vincles d'ajuda mútua, a vegades a escala intergeneracional, amb la comunitat de pertinença. Aquests aspectes actuen com a factors protectors de la soledat no volguda (CMIB, 2019).

Marc teòric

Perspectiva intercultural i salut mental

Aquest document s'ha elaborat prenent com a punt de partida la perspectiva intercultural. Aquest enfocament reconeix i destaca la diversitat sociocultural i d'origen, els coneixements i les estratègies de les comunitats migrades, així com les creences religioses, a favor de la inclusió i la visibilització de col·lectius culturals minoritzats (Ajuntament de Barcelona, 2022).

La mirada intercultural es basa en els principis d'igualtat de drets i equitat, de reconeixement de la diversitat, i en el diàleg intercultural. També inclou les dimensions de participació i sentiment de pertinença (Ajuntament de Barcelona, 2020 i Ajuntament de Barcelona, 2020a). Aquesta mirada inclou la perspectiva de gènere interseccional perquè les variables tradicionalment lligades a la diversitat cultural –com poden ser l'ètnia, el país o lloc de naixement, la cultura d'origen o la religió– s'entrecreuen entre elles, però també amb el gènere, l'orientació sexual, el capacitisme, la classe, etcètera. Tenir aquestes perspectives permet abordar la complexitat de les desigualtats i discriminacions que poden patir les persones i, per això, s'apliquen a tots els principis i dimensions.

La **igualtat de drets i equitat** implica l'accés real a gaudir plenament dels drets i les oportunitats sense diferències ni discriminació per raó de sexe, gènere, raça, orígens ètnics o socials, religió o conviccions, o d'altres, ni necessitat d'assimilar-se culturalment (Ajuntament de Barcelona, 2020a).

Reconèixer la diversitat significa comprendre totes les persones com a subjectes vàlids i actius en totes les seves dimensions, i contribuir que es valorin els diferents interessos i necessitats (Ajuntament de Barcelona, 2020a).

El **diàleg intercultural** es basa en la interacció positiva i bidireccional. Promou relacions igualitàries on es tenen en compte els coneixements i la visió de totes les persones i hi ha intercanvi d'aprenentatges. És complementarietat (Ajuntament de Barcelona i Ajuntament de Barcelona, 2020a).

Per fer efectius els tres principis, es plantegen les dues dimensions:

La **participació** persegueix la presència de la diversitat cultural en diferents espais de decisió i promou l'aportació activa dels diferents col·lectius. Procura la co-construcció social en els diferents àmbits de participació ciutadana a partir de la diversitat de mirades (Ajuntament de Barcelona, 2020a i Ajuntament de Barcelona, 2022).

El **sentiment de pertinença** fa referència al fet de sentir-se part d'un grup. Aplicat a la interculturalitat, implica la generació de punts en comú entre les ciutadanes, mantenint el respecte pels sentiments de pertinença de totes les persones (Ajuntament de Barcelona, 2020a).

La perspectiva intercultural, que incorpora la interseccionalitat i l'enfocament de gènere, subratlla la vulneració de drets i les desigualtats estructurals de la nostra societat. Així, promou un procés transformador que qüestiona les relacions existents i potencia la construcció i la participació social com a procés dinàmic en canvi constant. No és, per tant, el simple intercanvi entre cultures (Ajuntament de Barcelona, 2022). Aplicat a la salut, aquesta mirada suposa el reconeixement de la diversitat biològica, cultural, social i religiosa que condiona el procés de salut-malaltia, i la incorporació en l'atenció de la salut de coneixements i sabers sanitaris propis de les diferents cultures (Ríos, 2012).

En definitiva, la perspectiva intercultural lluita per aconseguir igualtat en el dret a la salut i equitat, és a dir, que l'accessibilitat sigui real i igualitària per a totes les persones. Així mateix, és important reconèixer i destacar les experiències viscudes pel procés migratori o pel fet de pertànyer a una minoria cultural o religiosa, i com aquestes interseccionen amb el gènere, l'edat, la classe, l'orientació sexual, la diversitat funcional, la discapacitat, etcètera. Tanmateix, cada persona és única i, per tant, aquestes vivències poden divergir o fins i tot ser oposades. A banda d'això, considerar la concepció que cadascú té pel que fa a la salut i la intervenció sanitària forma part del respecte que mereix tota persona, així com la incorporació de persones amb bagatge cultural en les reflexions i debats que estructurin les societats (Ajuntament de Barcelona, 2022).

Accés a la salut

El dret a la salut suposa tenir accés a l'atenció sanitària i que aquest accés sigui efectiu. En algunes circumstàncies, hi ha persones que a causa de la seva situació administrativa irregular no se'ls reconeix el dret a la salut, tot i ser un dret propi i inherent a qualsevol ésser humà. Igualment, convé mencionar que l'equitat no sempre és present en les persones que tenen el dret reconegut, i això comporta que no gaudeixin d'igualtat d'oportunitats (Borbón, 2014 i Comitè Consultiu Bioètica Catalunya, 2007).

Sovint, les persones d'origen migrant o que pertanyen a una minoria cultural es troben amb diferents reptes que els dificulten l'accessibilitat als serveis sanitaris, atès que el funcionament hegemònic d'aquests no té en compte la diversitat (Comitè Consultiu Bioètica Catalunya, 2007 i Médicos del Mundo, 2001). Aquestes situacions s'entrecreuen amb altres eixos de desigualtat social com ara la classe, el gènere, l'orientació sexual, les capacitats, etcètera. Distingim les barreres següents en l'accés al sistema sanitari:

Barrera sociodemogràfica, econòmica, administrativa i legal: són factors que sovint afronten les persones d'origen migrant o amb bagatge migratori. Les pràctiques sociosanitàries haurien de conèixer i adaptar-se a les situacions concretes (Martín i Martín, 2020).

Barrera cultural: el desconeixement per part del col·lectiu professional sobre la cultura i la concepció del procés salut-malaltia que té la pacient dificulten la comprensió de la globalitat que envolta i dona sentit a la persona atesa i, conseqüentment, una atenció adaptada a les seves necessitats concretes (Martín i Martín, 2020). Per això, pren especial importància la mediació intercultural, ja que a banda de traduir, adapta la comunicació a la cultura per facilitar la comprensió entre les agents implicades (Collazos i Visiera, 2009 i Martín i Martín, 2020).

Barrera lingüística: la comunicació és essencial per entendre i apropar-se a les necessitats de la persona (Martín i Martín, 2020). Aquest fet s'agreuja en el cas de persones nouvingudes, sobretot en les persones que parlen una llengua molt diferent de les europees, o que tenen un nivell d'estudis baix.

Integrar la perspectiva intercultural en l'àmbit sociosanitari afavorirà l'eliminació de les barreres i facilitarà l'accés a la salut a totes les persones (Médicos del Mundo, 2021).

Bagatge migratori i salut mental

Les migracions són processos inherents a la condició humana i no són causa de patologies en si mateixes. Però, sovint, les situacions adverses que poden haver viscut algunes persones durant el recorregut migratori, així com els estressors presents en el país receptor, dificulten l'adaptació i impacten en la seva salut mental. Tanmateix, igual que la població autòctona, la població d'origen migrant és molt heterogènia tant pel que fa a la diversitat cultural com a les condicions socioeconòmiques i administratives, el gènere, l'edat i el nivell educatiu, entre altres variables que influeixen en l'estat de salut (Médicos del mundo, 2021, i Sayed-Ahmad, Fernández, García de Sola, García, Gutiérrez i Jiménez, 2012). Per tant, el que s'exposa a continuació no significa que estigui present en totes les persones ni que s'experimenti de la mateixa manera.

Un bon abordatge implica, primer, reconèixer la complexitat que envolta el procés migratori i detectar les necessitats específiques que poden estar relacionades amb motius culturals, així com les que tenen a veure amb les traves administratives al país receptor i que dificulten l'adaptació. Així i tot, tenint en compte la important diversitat present entre les persones d'origen migrant, es parteix d'un enfocament centrat en la persona que s'adapti a la realitat de cadascú (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid - COPM, 2016, i Médicos del mundo, 2021). Tot i això, cal tenir present que afrontar situacions difícils i en alguns casos extremes, pot desencadenar emocions noves o bé viure amb més intensitat emocions ja experimentades. Aquestes vivències poden ser saludables des del punt de vista adaptatiu atesa la situació, però requereixen un gran esforç per part de la persona que, en alguns contextos, es pot veure superada i poden desencadenar un trastorn mental (COPM, 2016, Martínez i García, 2018, i Sayed-Ahmad et al., 2012).

En aquest sentit, les condicions difícils de l'entorn no determinen les capacitats psicològiques de la persona (COPM, 2016, Martínez i García, 2018, i Sayed-Ahmad et al., 2012). De fet, diferents estudis descriuen que les persones que emigren són les que tenen més recursos psicològics, però que les situacions adverses amb què es troben impacten de manera important en la seva salut mental (Jurado, Alarcón, Martínez-Ortega, Mendieta-Marichal, Gutiérrez-Rojas i Gurpegui, 2017). Considerar-les autònomes, amb recursos i capacitat d'agència, ajuda a reconèixer-les i a fer valer la seva condició de persones.

Així doncs, el risc de presentar malestar emocional depèn de les circumstàncies en què es produeix la migració i dels recursos interns i externs de què disposa la persona. Cal remarcar que certes situacions del context influeixen en l'aparició i el manteniment de trastorns mentals. Les característiques psicològiques de la persona també poden actuar com a factor protector davant de l'adversitat. Per això, es parteix d'un model biopsicosocial, que concep que la causa dels trastorns és la interacció de variables biològiques, psicològiques i socials (Collazos i Visiera, 2009, i Martínez i García, 2018).

Respecte a les variables socials, es destaca que en alguns casos les situacions estressants estan més vinculades amb les condicions del país receptor que amb les pròpies del procés migratori (Soma psy network, 2016). Per tant, les nostres societats sovint són generadores de malestar psicològic per als col·lectius culturals minoritaris i per a les persones amb bagatge migratori.

Aquest fet ens obliga moralment a repensar des de les bases el model d'acollida actual. A més, un important factor estressant i que va lligat a molts processos migratoris és el trencament amb les diferents xarxes de suport presents en el país d'origen a conseqüència de la migració. Per això, algunes professionals s'interessen a promoure que la persona vagi construint nous vincles en la societat receptora (Jurado, Alarcón, Martínez-Ortega, Mendieta- Marichal, Gutiérrez-Rojas i Gurpegui, 2017).

En aquesta línia, el benestar psíquic no implica l'absència de trastorn mental, sinó un equilibri mental que permeti a la persona desenvolupar-se de manera funcional en el context en el qual es troba (Collazos i Visiera, 2009). D'altra banda, la cultura construeix la percepció que tenim de la realitat i de nosaltres mateixes. La cultura modela també l'expressió del malestar emocional. Reconèixer la diversitat cultural significa assumir que un mateix trastorn pot expressar-se amb simptomatologia diversa. El malestar psicològic s'expressa a través del sistema de valors i creences personals, influenciat per la mateixa cultura, que dona lloc a la percepció i l'experiència de la pròpia realitat (Marsella, 2010 i Sayed-Ahmad, 2013). Es tracta d'un fenomen descrit per la psicologia i la psiquiatria transcultural però influenciat per l'antropologia mèdica i altres models de les ciències socials. Aquestes divergències apareixen en la simptomatologia, però també en el contingut, el curs i els resultats de la psicopatologia (Marsella, 2010).

En el cas dels deliris i les al·lucinacions, es manifesten aspectes universals (p. ex. simptomatologia de pensaments de tipus paranoide) i també interpretacions culturals (p. ex. la interpretació que es fa del contingut paranoide: atacs d'elements màgics, persecució d'agències estatals, entre d'altres). Així doncs, la psicologia i la psiquiatria transcultural posen en evidència que a cada persona l'envolta una experiència única i pròpia que condiciona la presència i la forma del trastorn o malestar.

Diàleg intercultural

Els sistemes sanitaris són sistemes culturals, ja que estan organitzats i estructurats segons el model sociocultural predominant. En l'actualitat, el model biomèdic és l'únic acceptat tant per l'Estat i la comunitat científica com per la majoria de les persones de la nostra societat (Ríos, 2012). Tot i que hi ha models alternatius amb anys d'acumulació de sabers, tendeixen a ser ignorats. El model biomèdic i els diferents models sanitaris tradicionals tenen en comú que parteixen d'una lògica i disposen d'argumentacions, però divergeixen en les teories utilitzades i els mètodes de validació (Ríos, 2012).

Amb tot, la literatura existent considera que el paradigma biomèdic no pot resoldre certs problemes de salut, especialment de salut pública, que sí que es podrien resoldre amb altres marcs conceptuals. Això es deu al fet que és un model reduccionista que tendeix a limitar-se a la concepció biologista. Així mateix, no tenir en compte altres esferes també comporta la falta d'equitat en l'accés a la salut, justament de les persones que estan en una situació més vulnerable (Borbón, 2014 i Ríos, 2012). És per això que la mirada intercultural persegueix una transformació de les pràctiques de salut. Posa en relleu els beneficis per a la salut que aporten models sanitaris tradicionals amb dinàmiques socials més justes i equitatives, davant de les del model biomèdic, sense voler prescindir dels beneficis i progrés aportats per aquest últim. Es tracta de conjugar els diferents sabers i que es generin sinergies que afavoreixin l'atenció sanitària (Borbón, 2014, Ríos, 2012 i Sayed-Ahmad et al., 2012). Aquesta transformació ha de ser estructural i transversal, per tant, l'han de fer les institucions, els serveis i les persones professionals. És imprescindible que en les decisions polítiques s'estableixin relacions positives que parteixin del respecte i l'equitat en la diversitat cultural (Borbón, 2014 i Ríos, 2012).

Incorporar aquests coneixements també ajuda les persones que consideren que pertanyen a models tradicionals, ja que se senten més representades. Això millora l'adhesió a la intervenció i facilita, com a conseqüència, la participació de la persona en el seu procés de salut (Borbón, 2014 i Ríos, 2012). En aquesta línia, pren importància el concepte d'integritat en la salut. Aquesta noció considera les persones éssers multidimensionals i, per tant, suggereix que el seu estat de salut està determinat per aspectes biopsicosocials. Així doncs, ampliar la mirada requereix allunyar-se de la perspectiva purament biologista (Borbón, 2014 i Ríos, 2012).

Perspectiva comunitària

El present escrit, també parteix de la perspectiva comunitària. És a dir, presenta els factors socials i ambientals que hi ha en les societats com a variables mediadores del benestar o malestar de les persones d'aquell territori en el qual conviuen. La perspectiva comunitària s'orienta a promoure accions comunitàries amb l'objectiu de millorar les condicions de vida de les ciutadanes que formen part d'aquella comunitat intentant generar canvis en els sistemes socials per aconseguir societats més justes i sanes (Blanco i Valeria, 2007).

Així doncs, des d'aquesta mirada es busca que les persones afectades estiguin actives i siguin protagonistes del canvi principalment per dos motius: en primer lloc, perquè com que són subjectes d'aquella societat, se les considera agents expertes que aportaran un valor a la transformació. D'altra banda, el fet de disposar d'una bateria de coneixements i sabers que no són propis de l'ordre dominant permet que, en ser transferits, s'enriqueixi tota la societat i a la vegada se'n faciliti el reconeixement (Blanco i Valeria, 2007). L'acció comunitària comporta la implicació d'un grup d'agents en una mateixa problemàtica territorial, professional, etcètera, per tal de resoldre-la conjuntament aportant, cadascú, des dels seus sabers i necessitats. En el cas de la salut mental hi intervenen diferents agents sanitàries i no sanitàries, amb i sense malestar o trastorn mental, entre d'altres.

Certament, la mateixa noció de salut comunitària també difereix segons el context cultural. En un context en què la comunitat té poc pes i el seu concepte està força diluït, parlar d'acció comunitària no té el mateix significat que en una societat on la comunitat està molt més arrelada al dia a dia i és la base de la seva organització. Per això, en societats occidentals, sovint és complicat identificar els diferents recursos existents al territori, en particular els generats per col·lectius minoritzats. Tot i això, encara que no hi ha una tradició tan arrelada com a països de l'Amèrica Llatina, els quals tenen una perspectiva comunitària molt desenvolupada, està creixent l'interès i s'està fent esforços importants per introduir-la.

En definitiva, la perspectiva comunitària persegueix els principis i les dimensions de la interculturalitat. Fer valer l'expertesa i les formes d'organització generades per les persones que conviuen en el territori validant les diferents estratègies i sabers utilitzats. Així mateix, permet cocrear i optimitzar conjuntament els recursos dels quals es disposa mitjançant la participació activa de les diferents agents a través del diàleg horitzontal, ja que totes són expertes; així com augmentar el sentiment de pertinença a la societat gràcies al procés participatiu de totes. De manera que acaba repercutint en la transformació de societats en les quals totes les seves ciutadanes tenen cabuda i hi són respectades, convertint-les en societats més justes i igualitàries i, per tant, més saludables.

Metodologia

L'elaboració del document s'emmarca dins de la línia d'acció "Cartografia de Coneixements", del Centre d'Estudis Africans i Interculturals (CEAi). Durant el procés de creació s'ha comptat amb la col·laboració d'un grup motor format per persones expertes de l'àmbit de la salut, especialment la salut mental, de l'acció comunitària i professionals expertes en interculturalitat, migració i diversitat cultural.

Aquest material s'ha fet per donar resposta a les necessitats expressades per les persones professionals i entitats que treballen temes de salut mental amb persones culturalment diverses o amb bagatge migratori, per això s'ha triat la metodologia següent. Tanmateix, es considera que, per completar aquest estudi, és imprescindible un treball amb les comunitats culturalment diverses per conèixer-ne les necessitats i percepcions. Aquesta aproximació necessitaria un abordatge i una metodologia molt diferent que excedeix les possibilitats d'aquest material.

El contingut del material sorgeix de l'anàlisi de la informació recollida a través de quatre fonts principals:

- 1. dos grups de discussió.**
- 2. dues entrevistes individuals**
- 3. revisió bibliogràfica.**
- 4. debat amb el grup motor.**

S'ha organitzat dos grups de discussió formats per expertes amb perfils molt diversos, representatius de diferents serveis i amb experiències variades. Hi han participat persones de l'àmbit de la psicologia, la psiquiatria, l'antropologia, el treball social, l'educació social, la sociologia i la comunicació. Amb cada grup s'han dut a terme dues sessions amb l'objectiu d'identificar com s'està treballant des dels serveis, així com conèixer la realitat amb què es troben els i les professionals en el seu dia a dia. Així mateix, els grups de discussió (focus groups) han permès abordar els reptes i entrebancs que les expertes tenen o preveuen tenir en un futur, i identificar quines iniciatives o bones pràctiques s'han desenvolupat.

Posteriorment, s'han fet dues entrevistes a expertes per aprofundir en determinades temàtiques. Les persones entrevistades han estat les següents:

El **vicepresident del Consell Municipal d'Immigració de Barcelona (CMIB)**, psicòleg i impulsor de l'estudi Persones migrades i envelliment a la ciutat de Barcelona (2019).

La **coordinadora d'operacions de l'Associació Catnova**, una associació que va guanyar l'11è Premi del CMIB pel programa "Pont intercultural" i amb una important trajectòria en aquest camp.

La informació obtinguda mitjançant el treball de camp ha estat transcrita i diferents membres experts del CEAi l'han analitzat qualitativament, la qual cosa ha permès una comparació exhaustiva dels significats de la narrativa de les persones participants. La diversitat de coneixements tant de les professionals dels grups de discussió com de les professionals de les entrevistes individuals ha fet possible elaborar unes recomanacions basades en la riquesa de la seva experiència pràctica diària. Paral·lelament, s'ha dut a terme una cerca bibliogràfica en termes de salut i benestar, migració i diversitat cultural, serveis d'atenció a les persones i persones grans. L'objectiu d'aquesta tasca ha estat situar el projecte actual en les necessitats existents del districte de Ciutat Vella.

D'altra banda, tot el procés de creació i elaboració s'ha compartit i debatut amb el grup motor format per persones expertes en les temàtiques presents en el document. A llarg termini, aquest document també espera contribuir a millorar l'experiència dels col·lectius d'origen migrant en els serveis d'atenció socio sanitària. Per això, s'ha considerat imprescindible conèixer la seva opinió. Les entitats amb les quals s'ha contactat han estat la Federación de Entidades Cívicas y Religiosas de Barcelona-KALIPI, l'Associació de Dones Marroquines i Catalanes i l'Associació Mujeres de Bangladesh. Tot i això, com ja s'ha mencionat, el material s'adreça a professionals i, per tant, no ha abordat les necessitats i experiències concretes de cada comunitat cultural.

Finalment, cal tenir present que la població a la qual es dirigeixen les recomanacions és molt diversa. Possiblement, la seva lectura i posterior aplicació serà insuficient per a algunes professionals, i excessiva per a d'altres. Més enllà d'oferir uns consells concrets de fàcil ús, el document se centra a proporcionar indicacions sobre com incorporar una mirada de caràcter intercultural, interseccional i comunitari, especialment en l'àrea de la salut mental.

Context en què es troben les persones d'origen migrant

Legislació: drets i llibertats

Es dedica una secció a la legislació, ja que les condicions legals impacten i alteren la vida de la persona i, per tant, tenen un efecte en la seva salut. D'altra banda, és pertinent recalcar que diverses persones dels grups de discussió van insistir respecte a la necessitat de canviar la legislació que vulnera drets fonamentals d'aquelles persones amb les quals treballen. El marc jurídic que regeix la situació de les persones d'origen migrant posa en evidència que, més que protegir els drets de totes les persones i promoure la inclusió de les d'origen migrant, respon als interessos del mercat.

Llei d'estrangeria. Reial decret 903/2021

La primera llei orgànica sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya es va aprovar el 1985 amb l'objectiu de controlar l'entrada de persones estrangeres a Espanya amb un règim de sancions per a les persones d'origen migrant que no estan en situació regular. Es va aprovar just abans que Espanya ingressés a la Comunitat Econòmica Europea per demostrar a la resta de països que les seves fronteres del sud no serien una via d'entrada per a persones estrangeres en situació no regulada (Solanes, 2010). La seva aplicació comença, doncs, pel control de les fronteres i condiciona la vida de les persones d'origen migrant extracomunitari durant un llarg període de la seva vida. És a dir, de les persones que no provenen d'un país membre de la Unió Europea ni de l'espai Schengen.

La Llei d'estrangeria diferencia les persones d'origen migrant en situació no regular i totalment deseparades per la llei, d'aquelles que tenen la situació administrativa regular, a les quals es reconeix certs drets. Tot i això, el fet que existeixi una llei exclusivament per a persones d'origen migrant genera distinció entre les que tenen una situació administrativa regular, a les quals tampoc es reconeixen tots els drets fonamentals, i les persones amb nacionalitat espanyola, considerades ciutadanes de ple dret (Solanes, 2010). La falta de reconeixement de tots els drets és especialment important si es té en compte que els drets humans són interdependents. Per tant, la vulneració d'un d'ells té efectes negatius en els altres. D'altra banda, existeix una gran diversitat de situacions segons el país de procedència, la situació personal (reagrupament familiar, irregularitat sobrevinguda, necessitat d'asil, etcètera), i d'altres. A continuació, s'exposen algunes de les situacions que, per les condicions amb què es troben les persones, tenen més impacte en la seva vida.

Situació administrativa irregular. Arrelament social

Les persones que arriben a l'Estat espanyol en aquesta situació no estan reconegudes legalment. Igualment, tenen el dret i el deure d'empadronar-se, i l'Administració té l'obligació de garantir-ho. El padró atorga un mínim de reconeixement i cobertura sanitària, però actualment hi ha molts municipis que no faciliten l'empadronament a totes les persones (Parra, 2020). Un cop fet aquest tràmit, s'ha de demostrar una permanència continuada al país d'un mínim de tres anys per poder obtenir el permís de residència o treball. Tot i això, diferents situacions administratives poden allargar molt aquest procés. Per exemple, s'ha de presentar un informe que acrediti la integració social al país i un contracte laboral que –des de l'última reforma laboral vigent des de març de 2022– ha de ser de durada indefinida, pendent de modificar-se a una durada de 6 mesos per adaptar-ho al nou marc laboral. Aquesta última qüestió és especialment complicada, ja que sense permís de residència és molt difícil que una entitat faci un contracte i, a més d'aquestes característiques, perquè la persona obtingui la residència i pugui treballar legalment. Suposa molts més tràmits que contractar una persona que tingui la situació administrativa regulada. A més, la precarietat econòmica actual fa que en pràcticament cap cas, en començar en una entitat, els contractes laborals siguin indefinits (Parra, 2020).



Una persona en situació administrativa irregular no pot accedir a un habitatge digne, no pot treballar si no és en economia submergida, i ha de conviure amb el perill de ser expulsada del país si la para la policia. Això acaba incrementant el risc de patir exclusió social i situacions d'explotació, maltractament, violències masclistes, LGTBI-fòbia, racisme, islamofòbia i altres. Viure en aquestes condicions de gran vulnerabilitat durant un període de temps mantingut implica haver de gestionar un important estrès emocional constant i la impossibilitat de construir una vida digna, estable i segura (Parra, 2020).

Irregularitat sobrevinguda

És aquella situació en què, un cop obtinguda la regularitat administrativa, es perd. El permís de residència té una durada d'un any. Passat aquest temps, si es perd la feina no es pot renovar el permís de treball ni el de residència. Aquesta situació implica tornar a començar el procés de regularització, amb la diferència que si es pot demostrar la permanència continuada durant tres anys al país, no cal esperar els tres anys per tornar a iniciar els tràmits laborals, sempre que es disposi d'una oferta de feina i l'entitat faci el contracte laboral en les condicions ja descrites (SAIER, 2016).

Aquest fet suposa, de nou, un risc més elevat de patir exclusió social i explotació, i precarització laboral. També dificulta la inclusió en la societat on es pertany.

Protecció internacional

En aquells casos en què existeix un risc vital per la persona o la vulneració de drets humans en el país d'origen, es pot sol·licitar protecció internacional en arribar al país d'acollida. Un cop s'ha admès a tràmit la sol·licitud, s'adquireix automàticament l'autorització per residir-hi, així com accés a assistència sanitària i jurídica. Per treballar, cal esperar 6 mesos des de l'admissió a tràmit (Parra, 2020). Tot i això, fins que la persona no rep l'autorització, viu en la mateixa situació que les persones en situació administrativa irregular. Això mateix els passa a les persones a les quals no els resolen de manera favorable la sol·licitud. En aquest cas, es troben en situació irregular sobrevinguda (Parra, 2020). A més, cal tenir en compte que les persones sol·licitants de protecció internacional poden haver viscut situacions molt estressants. Per la seva salut mental, és important que no hagin de viure més situacions adverses al país receptor.

Així doncs, la llei d'estrangeria va en contra de la considerada universalitat dels drets humans reconeguts en la normativa internacional i en les diferents constitucions. Genera un seguit de condicions molt adverses amb un cost emocional molt elevat. Així, la resposta que s'està donant actualment a les persones d'origen migrant ofereix una visió no gaire bona sobre la qualitat democràtica de les societats receptores; justament les mateixes societats que van elaborar la teoria de la universalitat dels drets humans (García, 2008). Per això, pel que s'ha descrit en aquest apartat, diferents persones expertes consideren que la llei d'estrangeria s'hauria d'abolir.

Accés universal al sistema nacional de salut. Reial decret llei 7/2018

Els tractats internacionals reconeixen el dret a la salut com un dret inherent a totes les persones. Per tant, pel fet de ser un dret universal, els Estats han de garantir-lo a tothom. A l'Estat espanyol, la llei sobre l'accés universal al Sistema Nacional de Salut protegeix aquest dret. Però la realitat és que l'última modificació de la llei, el RDL 7/2018, no permet que les persones d'origen migrant amb situació administrativa irregular tinguin accés a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que les persones amb la nacionalitat (Yo Sí Sanidad Pública, 2019). De fet, milers de persones residents a l'Estat espanyol que tenien accés a l'assistència sanitària l'han perdut arran dels canvis legislatius de l'última dècada, tal com denuncien diverses associacions i col·lectius. La lògica prèvia d'accés universal per a qualsevol persona que visqui al territori, independentment de la seva situació administrativa, s'ha substituït per l'acreditació a través del padró, que no és fàcil d'aconseguir segons el municipi on es resideixi. A més, tot i estar empadronada, l'accés a la salut només serà possible després de poder demostrar una estada mínima al territori de més de tres mesos (Europa Press, 2022).

D'altra banda, en les reagrupacions familiars de les persones ascendents, caldrà contractar una assegurança mèdica privada per poder ser reagrupada i gaudir d'assistència sanitària. Així doncs, una vegada més, el dret i l'accés universal a la salut es veuen vulnerats (SegurCaixa Adeslas, 2017). Aquestes situacions suposen, de vegades, un important retard diagnòstic i d'accés als tractaments. Obtenir la targeta sanitària pot ser una gimcana administrativa que dependrà de la formació del personal administratiu, el temps del qual disposi, la seva voluntat i les facilitats per obtenir o no el padró dins del municipi (Europa Press, 2022).



Dificultats d'accés als serveis i a l'atenció sanitària

És important remarcar que, tot i que es compleixin els requisits administratius, continua havent-hi altres barreres relacionades amb el context de vulnerabilitat en què es troben les persones d'origen migrant, com ara el desconeixement dels seus drets al país d'acollida, les diferències en l'idioma o la por, a conseqüència dels llargs períodes i obstacles per aconseguir la regularització. Aquestes particularitats del procés migratori interseccionen amb pitjors condicions laborals, socials i econòmiques, desigualtats de gènere, exclusió social, i d'altres que dificulten tot el procés d'atenció (acudir a les visites, seguir els tractaments, la realització de proves, etcètera) i condueixen a una situació d'iniquitat (Lopez i Padilla, 2018).

Aquesta situació s'exemplifica amb el fet que la covid-19 ha tingut un efecte desigual en les persones segons el seu origen social i altres factors de desigualtat. Per això, en els últims dos anys s'ha recuperat el concepte de sindèmia. Aquest terme posa èmfasi en com les diferències de context i condicions de vida han interaccionat en una situació de pandèmia. Així doncs, tot i que la pandèmia ha sigut global, ha tingut afectacions locals molt diverses amb relació als recursos per mantenir la salut de cada població i la comprensió de la malaltia, així com una incidència desigual en funció dels determinants socials. En aquest sentit, és important recalcar que les dificultats per accedir a l'assistència sanitària no han estat les mateixes per a tota la població, i en alguns casos s'han afegit a les dificultats que ja patia la població d'origen migrant (Willen, Knipper, Abadía-Barrero i Davidovitch, 2017).

L'ús prioritari de les noves tecnologies durant la crisi de la covid-19 per concertar cites, renovar receptes mèdiques o comunicar-se amb la persona professional de referència ha suposat una important barrera d'accés per a moltes persones, tant de la societat majoritària com de grups culturals minoritzats. Sobretot, per a les persones grans. El 23% de les persones catalanes de 65 a 74 anys no ha utilitzat internet en els últims 3 mesos, davant del 4% de la població general. Tot i que les persones nascudes fora d'Espanya disposen de connexió a internet en un percentatge similar a les autòctones, cal remarcar la importància de les anomenades segona i tercera bretxes digitals, que fan referència a les habilitats informàtiques i al profit que es treu de la connexió, i a les quals hem de sumar la bretxa digital de gènere. La impossibilitat de comunicació presencial amb les institucions genera una nova forma de desigualtat per a les persones que no tenen els recursos per exercir la ciutadania digital (Domínguez, 2018). La falta d'alternatives als processos informàtics fa que algunes persones no aconseguixin dur a terme tràmits quotidians com ara demanar cita mèdica o consultar els resultats d'alguna prova diagnòstica.

A més, en el context català, l'existència de diferents proveïdors de salut i la falta d'homogeneïtat en els tràmits tant virtuals com presencials han esdevingut una dificultat més en aquest accés. Finalment, cal assenyalar la debilitació que la xarxa d'atenció primària ha patit arreu del territori català, a causa de les retallades dutes a terme durant l'última dècada (Pascual, 2017) i el fet de no poder comptar amb un pressupost estable dedicat a la sanitat que permeti una planificació adequada. A més, l'atenció primària és, per definició, la millor manera de garantir més accessibilitat. A més, facilita la coordinació entre els diferents serveis, incloent-hi els serveis de salut mental. La hiperespecialització, la sectorització i l'externalització no afavoreixen l'accés als serveis sanitaris ni la qualitat de l'atenció per a cap ciutadà, però les persones migrants són un col·lectiu especialment vulnerable en aquest context (FADSP, 2018). Cal reforçar l'atenció primària, garantint-ne la continuïtat i facilitant-ne l'accessibilitat amb una mediació intercultural adaptada al context de cada barri, formació a professionals i amb més temps disponible per a cada persona usuària.

Barreres en la interacció entre la persona professional i la persona atesa

Una atenció de qualitat dependrà també de l'intercanvi de coneixements entre el professional i el pacient. La usuària aportarà no només els símptomes que sent, sinó també una vivència subjectiva de la malaltia. Així, és important tenir en compte que la visió del col·lectiu professional sobre la malaltia no sempre serà la mateixa que la de la pacient, especialment si ambdues provenen de contextos culturalment diferents. Si els models explicatius entre les dues persones no coincideixen, l'atenció rebuda pot no ajustar-se a les expectatives de la usuària i fer que acabi no complint amb les recomanacions de tractament de la sanitària.

Per exemple, l'exploració física, que ha estat substituïda en moltes ocasions per la utilització de proves complementàries, pot ser imprescindible per a l'acceptació del diagnòstic de diabetis d'una pacient d'origen filipí, que no entendreà que es pugui diagnosticar una malaltia crònica sense l'examen físic. El mateix passa en les consultes de salut mental. Cal una interpretació biopsicosocial i espiritual per comprendre que, si una persona de tradició musulmana parla de jinns³, no es tracta d'un deliri, sinó d'una creença religiosa a través de la qual dona significat a la seva vivència. Es poden trobar altres exemples relacionats amb diferents universos culturals. Les característiques del model biomèdic, que conceptualitzen les malalties com a categories homogènies i universals, no faciliten la inclusió dins de la consulta d'experiències culturalment diferents de l'occidental. La integració d'una visió intercultural en l'àmbit sanitari facilitaria l'eliminació d'algunes d'aquestes barreres, a través de la potenciació del diàleg entre cosmovisions.

(3) En el context islàmic, criatura sobrenatural.

Enfocament transcultural en la salut mental

Els trastorns que apareixen amb més freqüència en persones d'origen migrant són els trastorns adaptatius, especialment de tipus ansiós-depressiu (Collazos i Visiera, 2009). Però l'expressió d'aquests pot no concordar amb la descripció dels manuals de psiquiatria i psicologia per al diagnòstic a partir de la simptomatologia, com el DSM o el CIE.

En el cas de la **depressió**, les formes d'expressió més típiques en cultures no occidentals és a través de somatitzacions. És l'expressió del malestar psíquic a través del cos (Collazos i Visiera, 2009). Les persones que presenten **trastorns psicòtics**, és a dir, pèrdua de contacte amb la realitat, poden fer interpretacions errònies quan estan patint un brot. Fàcilment, aquesta situació els genera por i les porta a tenir desconfiança. Les persones d'origen migrant, quan arriben al país de recepció, poden sentir estranyesa i certa desconfiança davant d'allò que els és totalment desconegut. És important que no s'interpretin aquestes situacions coherents i adaptatives en un context de migració com a símptomes psicòtics (Collazos i Visiera, 2009).

Quant a les persones que presenten **trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT)**, s'observa una resposta universal: l'activació del sistema nerviós central, el cervell i el sistema hormonal amb l'objectiu de lluitar, fugir o paraitzar-se. Així i tot, hi ha diferències en l'expressió de la simptomatologia, ja que la interpretació de la situació traumàtica es genera a partir de diferents variables, entre elles la cultura (Marsella, 2010). J. Achotegui l'any 2002 va descriure la **síndrome d'Ulisses** com un estat de crisi mantinguda. Quan les dificultats per la supervivència són tan grans, poden superar la capacitat d'adaptació de la persona cronificant l'estrès i l'elaboració dels múltiples dols lligats a la migració. Com a conseqüència, apareix un quadre reactiu d'estrès (Achotegui, 2009). Les dones semblen patir en més mesura aquesta síndrome, perquè a la seva situació es poden afegir factors que tenen a veure amb pautes de socialització femenina, com ara no expressar malestar, aguantar, no demanar ni exigir, cuidar les altres persones però postergar les pròpies necessitats, ser proveïdores emocionals encara que sigui des de la distància. Tanmateix, el gènere sovint no es considera una variable rellevant a l'hora de donar-li suport⁴. En definitiva, un abordatge culturalment competent i amb perspectiva de gènere interseccional ha de tenir en compte que el desenvolupament i l'expressió dels trastorns mentals no són universals.

(4) Font: Revista Mujer y Salud (MyS), N. 29, "Monográfico: salud mental. El trans fondo del malestar". Disponible a: <https://matriz.net/mys29/img/MYS29.pdf#page=39>

Particularitats de la situació de les persones grans

Evolutivament, la vellesa és una etapa de la vida que es caracteritza per un seguit d'aspectes, però culturalment pot ser concebuda de manera diversa. Per tant, el significat que se li doni i allò que se n'espera socialment influirà directament en el mateix procés d'envelliment.

Així mateix, en la nostra societat, l'envelliment es defineix com un “procés continu, heterogeni, universal i irreversible que determina una pèrdua de la capacitat d'adaptació de manera progressiva” (Alvarado, i Salaza, 2014). Per tant, no és sorprenent que a algunes persones d'origen migrant d'edat més avançada els pugui ser més difícil el procés d'adaptació en el país receptor. A més, les experiències que acompanyen un procés migratori incideixen en el procés d'envelliment. En les persones grans d'origen migrant, s'observa com les condicions de vida que han tingut incideixen en el seu estat de salut. Així i tot, tal com s'ha anat remarcant al llarg del document, la premissa principal és la diversitat existent entre les persones grans (CMIB, 2019). Només podrem comprendre les persones i apropar-nos-hi empàticament si partim d'aquesta concepció de diversitat.

En l'àmbit laboral, la gestió que fan les nostres societats limita l'edat per treballar. Així doncs, ens trobem amb un col·lectiu que legalment afronta molts obstacles per poder exercir. Aquesta situació pot impactar en dues vessants: 1) anímicament i en la pròpia identitat, perquè hi ha persones que se senten capacitades i amb ganes de treballar, i 2) en la sostenibilitat econòmica personal i, sovint, familiar. En línia amb el que s'ha exposat, hi ha països –principalment llatinoamericans– que tenen un conveni que els reconeix els anys cotitzats en el país d'origen. Però hi ha persones que tenen una situació molt precària i es veuen amb la necessitat de treballar en l'economia submergida, sobretot en la cura de persones i de la llar, un sector molt feminitzat.

D'altra banda, el suport social actua com a factor protector de la salut mental. En aquest sentit, el mateix fet migratori suposa un distanciament obligat de les persones amb qui es tenen vincles significatius, fet que implica l'elaboració d'un dol (Achotegui, 2009), així com temps per generar una nova xarxa socioafectiva al país receptor. En aquest context, és especialment important valorar si hi ha presència de soledat no volguda, ja que en les persones d'edat avançada augmenta el risc de patir-ne. Aquesta situació encara adopta més rellevància en les persones grans LGTBIQ+ d'origen migrant, en les quals cal posar especial atenció perquè interseccionen diferents eixos d'opressió.



La participació social, útil per tenir un procés d'envelliment sa, té relació amb l'ús de l'espai públic. Aquest ús és un bon recurs per generar i potenciar vincles afectius i lluitar contra l'exclusió i la discriminació social. Les mesures per afrontar la pandèmia de la covid-19 han generat un impacte substancial en tota la població, però les persones grans han estat un dels col·lectius que n'ha estat més afectat.

A banda d'aquests factors culturals, el context de recepció també és vital. Sovint, les persones grans novingudes experimenten un descens important en la classe social respecte al país d'origen. Aquest fet pot suposar un xoc important i pot tenir un impacte en el benestar emocional. Així mateix, la visió discriminadora que la societat majoritària té d'aquestes persones pot generar malestar, sobretot quan no coincideix amb les expectatives que tenia la població gran d'origen migrant. Cal destacar que el text descriu situacions que, per les condicions del context, poden passar amb facilitat. Tot i això, és important posar en relleu que sovint les persones grans migrades estan organitzades i han creat els seus espais de participació comunitària, així com vincles intergeneracionals d'ajuda mútua.

Recomanacions

Adreçades a les persones professionals

El rol professional

La concepció que la societat majoritària té del rol de les professionals de la salut mental pot diferir d'aquella que tenen els grups culturals minoritzats. Així, quan la professional se situa davant d'usuàries de contextos culturals que no corresponen al propi, ha de tenir present que aquestes tindran unes expectatives concretes que potser no coincidiran amb les de la societat majoritària. El contacte directe i la comunicació fluida amb les comunitats pot ajudar a identificar quines són aquestes expectatives i a ajustar, consegüentment, l'aproximació de la professional cap a la usuària. Així mateix, la professional ha de practicar una escolta activa, empàtica i sense prejudicis en tot moment, intentant comprendre les diferents dimensions que poden constituir el malestar de la persona usuària.

També és important ser conscient de la posició de privilegi que tenen atorgada les persones professionals davant de qualsevol persona usuària, la qual s'intensifica més si aquesta és d'origen migrant o correspon a una minoria ètnica, ja que per diferents causes exposades anteriorment, pot estar en una situació de més vulnerabilitat.

Professional de la mediació

Per això, serà molt útil si, quan la visita ho requereixi, les professionals poden comptar amb la figura d'una professional de la mediació amb una bona formació en els diferents eixos que interseccionen en les situacions de salut mental d'una persona amb bagatge migratori. En aquest sentit, el personal sanitari també ha de tenir en compte que, mentre que hi ha persones que se sentiran més còmodes i compreses amb una persona medidora del mateix origen cultural, per altres persones la presència d'una medidora del seu origen pot crear certa reticència a compartir com se senten, per por que la comunitat conegui els seus aspectes íntims.

Per tant, les professionals han de personalitzar la seva atenció tenint en compte aquest aspecte i prioritzar les preferències de la usuària en tot moment, sempre que sigui possible. Així mateix, també caldrà tenir-ho present fins i tot en les situacions en què no es pugui escollir, ja que aquest fet condicionarà la mateixa visita.

No psiquiatritzar el bagatge migratori

Com s'ha dit abans, una persona d'origen migrant està més exposada a patir malestar emocional a causa del context social i legal que l'envolta, sovint racista i discriminatori, que genera problemes d'exclusió laboral, dificultats per accedir a un habitatge digne, impossibilitat de reconèixer els estudis del país d'origen, etcètera. Així, les persones amb bagatges culturals diversos no parteixen del mateix context psicosocial que la societat majoritària, a causa d'aquests problemes administratius, de racisme i d'exclusió que pateixen freqüentment. Aquest fet fa que necessitin desenvolupar més capacitat de resiliència, per tal de gestionar aquestes circumstàncies complexes. Per tant, per la persona professional és important tenir en compte què implica el fet de migrar o pertànyer a un grup minoritzat i com aquesta situació pot derivar en malestar emocional. En aquests casos, és important no patologitzar el patiment, ja que és una reacció natural davant d'un context de discriminació i exclusió.

D'altra banda, tot procés migratori genera un seguit d'inquietuds i neguits que poden derivar en problemes de salut mental, però no necessàriament ho han de fer. Per això, també és important normalitzar el patiment que causa el fet de migrar en els inicis, sense catalogar-ho de trastorn mental, ja que és una reacció natural de qualsevol persona. Per tant, cal no llegir el malestar mental de persones amb bagatge cultural divers en funció, precisament, del seu origen o procés migratori, atès que aquest fet no sempre és determinant.

Reconeixement de la complexitat

La complexitat dependrà del context i les característiques de cada persona. Per apropar-se a la realitat concreta de la usuària i determinar el grau d'influència del context cultural i el procés migratori, la professional pot fer-li un seguit de preguntes, com ara:

Com va ser la sortida del país d'origen?

Com va ser el trajecte del país d'origen al país de recepció?

Quines expectatives tenia de com seria la vida aquí quan va marxar del seu país d'origen?

Aquestes expectatives han canviat amb el pas del temps?

Quina relació té amb el país d'origen?

Té relació amb la seva comunitat cultural aquí? Si és que sí, quina?

Té família? Quina relació té amb la família?

Té suport o xarxa social aquí?

Quin significat té la comunitat i la família per ella?

En definitiva, mitjançant l'atenció centrada en la persona, la professional ha de tenir en compte com incideixen totes aquestes qüestions en el benestar mental de la pacient, identificant si el patiment es vincula amb el bagatge migratori de la persona, amb la distància entre les seves expectatives i la realitat amb què s'ha trobat en el país receptor, o amb les actituds discriminatòries i racistes de la societat receptora. Per indagar en aquests aspectes, és necessari formar-se i practicar l'escolta activa, empàtica i propera. També cal oferir un espai adequat i de confiança, en el qual la pacient es senti còmoda. Si el servei no té capacitat de proveir una zona d'aquestes característiques o es detecta que la persona no vol entrar en aquestes qüestions, no es forçarà la situació. Però s'ha de tenir present que aquestes circumstàncies poden afectar o no la vida de la persona, tot i no saber fins a quin punt ho fan.

En aquest punt, prenen especial importància les persones que estan en situació administrativa irregular. Segons la situació del moment (espai, temps d'atenció, estat de la persona) potser no serà adequat fer certes preguntes. Tot i això, sí que cal tenir present que són el col·lectiu amb més barreres a tots els nivells. Legalment no existeixen, i socialment estan en la categoria del "no pertànyer". Generalment, en un context tan hostil, els esforços per estar menys oprimits són constants i els intents persistents de tenir una millor situació acaba repercutint en la seva salut mental. Així mateix, cal ser conscient que el bagatge cultural d'una persona també pot influir en la seva concepció de salut i malaltia, i en la manera com expressi les seves malalties. De fet, expressions que des del model biomèdic poden semblar simptomàtiques, poden ser part de la cultura de la persona. En aquest cas, s'assumeix la postura de credibilitat del que la persona diu, fins al punt que trenca l'esquema cultural. Quan allò que s'expressa deixa de tenir coherència cultural, és més probable que es tracti de simptomatologia psicològica o psiquiàtrica. Per això, és necessària una atenció integral que tingui en compte aquest context cultural a l'hora d'atendre i identificar el malestar de la pacient.

Saber que no sabem

A l'hora d'atendre persones d'origen divers, cal prendre consciència de la diversitat que caracteritza un grup d'individus i no classificar-los sota una mateixa etiqueta. No podem parlar de comunitats considerant que les persones membres formen identitats col·lectives homogènies, ja que pot fer perdre de vista que hi ha moltes realitats diferents dins els col·lectius i, finalment, cada persona és particular. Per poder interaccionar amb usuàries amb bagatges culturals diversos, les professionals han de familiaritzar-se amb la premissa que no és possible conèixer la gran diversitat cultural existent i el seu pluralisme intern. És a dir, és necessari assumir que no es pot saber tot, que no és factible comprendre aquesta enorme diversitat completament i en tota la seva diversitat.

Així mateix, el personal sociosanitari ha d'incorporar la voluntat de desaprendre allò que fins ara donava per fet. Cal prendre consciència dels estereotips i els prejudicis racials, per creences, sexe, origen, gènere, orientació sexual, edat, classe, capacitats, etcètera, presents a la societat que s'assimilen de manera diària. Així doncs, sense deixar de banda el coneixement professional propi, incorporar que aquest no és ni únic ni universal i, per tant, estar oberts a incloure la gran diversitat de sabers i de maneres d'entendre el món presents a la nostra societat. En aquest sentit, seria bo poder oferir una atenció que la professional consideri beneficiosa per a la persona sense anar en contra de les seves creences.

Així doncs, és fonamental que siguem conscients del propi marc cultural de referència i ens obrim a considerar-ne d'altres igual de vàlids i legítims. La professional hauria de posar en qüestió els criteris amb què valora i classifica la realitat pròpia i la de les pacients. Cal evitar fer judicis morals i categoritzar l'altra persona en funció dels propis valors, així com categoritzar el seu malestar d'acord amb la que considerem la cultura del seu país. Les etiquetes amb què simplifiquem les persones no són acurades, ja que la realitat és complexa i canviant, i no permet categories. Aquest desaprenentatge o aquesta desconstrucció comença amb la curiositat per conèixer l'altra i amb la voluntat de canviar o fins i tot deslliurar-se d'idees preconcebudes que es tenen de determinades cultures o grups. Per això, cal fer un esforç per conèixer la persona en profunditat. Aquest coneixement permetrà reconèixer en quin grau aquests elements culturals influeixen en el seu benestar mental, però també com ho fan la personalitat, el seu estil de vida, el bagatge migratori, etcètera. És a dir, cal abordar les qüestions culturals, però també les personals, i sempre tenir present que els països d'origen estan marcats per una enorme diversitat cultural que fa difícil reduir tota una comunitat a uns trets concrets.

En aquesta línia, és important tenir presents les identifications o els sentits de pertinença culturals de les pacients. La identificació d'una persona que va migrar fa anys pot no tenir cap relació amb el procés migratori en si mateix, ni amb la cultura del país d'origen, sinó amb qualsevol altra problemàtica no relacionada amb el fet migratori. En conclusió, és necessari poder situar en quin moment vital es troba una persona que pertany a una minoria visible, ja sigui cultural, religiosa, ètnica o d'origen estranger; en quin moment del seu recorregut vital se situa, i esbrinar si el fet migratori i la pertinença a un determinat grup minoritzat influeix o no en el seu estat anímic o en la seva vida quotidiana, i de quina manera.

Adreçades als serveis de salut mental

Millorar l'accessibilitat dels serveis

Els serveis d'atenció a la salut mental han de ser més accessibles per a la població d'origen migrant. Aquesta accessibilitat es pot millorar des de diferents vessants:

1. Cal disposar de materials disponibles en diferents llengües i culturalment adaptats a les comunitats presents al territori d'influència del servei, per tal d'assegurar que tota la població en comprèn el funcionament i hi pot accedir si ho considera necessari.

2. Cal adaptar el funcionament del servei a les característiques de la població atesa. Conèixer les particularitats de les persones usuàries permet optimitzar el funcionament del servei. Per això, s'ha de dissenyar un pla d'adaptació tenint en compte la població usuària, i basant-se en les dinàmiques diàries de funcionament del servei en qüestió. És a dir, les estratègies han de ser situades, una estratègia d'èxit en un entorn pot no ser beneficiosa en altres contextos.

Exemple: *Un metge de capçalera participant en un dels grups de discussió va explicar que en el CAP en el qual treballava atenien les persones que arribaven, tant amb cita com sense. Algunes persones demanaven cita i no acudien al CAP, mentre que altres s'hi presentaven sense cita prèvia. Això permetia que les persones que venien sense cita poguessin aprofitar el seu torn.*

3. És beneficiós que, a vegades, els serveis es desplacin cap a les persones. És a dir, que es desplacin als seus espais de confiança i de trobada, perquè algunes persones poden desconèixer l'existència de determinats serveis o no acudir-hi si consideren que el seu malestar emocional no requereix atenció sociosanitària. També, hi ha persones que busquen resoldre el seu malestar en espais i referents dins de la pròpia comunitat cultural, perquè no se senten reconeguts pel sistema biomèdic. El contacte directe amb la població d'origen cultural divers en els seus espais de confiança permet forjar vincles entre el personal professional i les potencials usuàries en un entorn segur per a les comunitats. Aquest apropament a les comunitats per part dels serveis pot esdevenir també una bona ocasió per explicar, entre altres, com és l'abordatge de la salut mental a Catalunya, la concepció de salut i malaltia en què es basa el sistema de salut català, i qüestions relatives. Cal que la població d'origen cultural divers conegui què engloba la concepció de salut mental que utilitzen els serveis de la societat majoritària, ja que aquesta pot diferir notablement de la visió del país d'origen.

Exemple: *El consum de determinades substàncies tòxiques és interpretat com un problema de salut mental a Catalunya, mentre que en altres països es considera únicament un problema social.*

4. Es recomana, en la mesura que sigui possible, des-digitalitzar els serveis i atendre presencialment per millorar-hi l'accés. És important remarcar que, arran de la pandèmia de la covid-19, molts tràmits vinculats amb els serveis socio-sanitaris s'han digitalitzat. Aquest procés s'ha dut a terme partint de la premissa que totes les persones tenen accés a internet i dominen les noves tecnologies. Tanmateix, la societat és diversa, i alguns col·lectius es troben amb moltes dificultats a conseqüència d'aquesta digitalització.

No patologitzar el fet migratori

Hi ha serveis de salut especialitzats en atenció a població migrada que poden ser beneficiosos per donar resposta a situacions relacionades amb el fet migratori. Però és important tenir present que, alhora, impliquen una categorització de la persona segons el color de pell, l'origen cultural, la tradició religiosa, etcètera. Per això, és pertinent analitzar quines persones necessiten realment ser derivades a un servei especialitzat en població migrada. Aquests serveis o entitats atenen persones d'origens diversos que pateixen una problemàtica vinculada amb el procés migratori que han realitzat. Però això no significa que tota persona migrada hi hagi de ser derivada, ja que el seu malestar mental es pot deure a raons que no tenen a veure amb el seu origen cultural o el procés migratori que han fet, sinó que per exemple pot relacionar-se amb qüestions laborals.

En aquest sentit, els serveis d'atenció sanitària han de poder donar resposta a qualsevol persona, amb independència de si té un bagatge cultural divers o no. Els serveis normalitzats han de disposar de les eines i els coneixements necessaris per atendre tota la diversitat d'usuàries i identificar els principals causants del seu malestar psicològic. Aquest patiment pot ser provocat per l'origen migratori, tractant-se d'un cas de dol migratori cronificat; pot tenir a veure amb les desigualtats viscudes i les actituds discriminatòries de la societat receptora, o pot estar totalment desvinculat del bagatge migratori de la pacient. En qualsevol cas, el tractament que rebí una persona amb bagatge cultural divers s'ha d'ajustar a les seves necessitats específiques i no únicament dissenyar-se en funció del seu origen. En cas contrari, caurem en la patologització del fet migratori.

Exemple: *Una dona d'origen migrant i en situació administrativa irregular pateix maltractament per part de la seva parella, que també és d'origen estranger. Quan demana ajuda, és derivada al Servei d'Atenció a Immigrants, Emigrants i Refugiats (SAIER). Tanmateix, la seva problemàtica principal, el maltractament, hauria de ser adreçada en un servei especialitzat en l'atenció a víctimes de violències masclistes, independentment de la seva condició de persona migrada.*

Fomentar el treball en xarxa entre serveis

A través dels grups de discussió, s'ha identificat la necessitat de fomentar el treball en xarxa entre els serveis de tots els àmbits i de les comunitats migrades, per tal de garantir un abordatge de la salut mental coordinat. Aquesta cooperació s'ha de treballar des de dues línies:

1. Prevenció. Cal intervenir de manera preventiva per intentar evitar que el malestar mental es produeixi o es cronifiqui i derivi en trastorn mental. La coordinació amb els serveis que no són exclusivament d'atenció a la salut mental pot prevenir situacions que poden derivar en malestar emocional, com ara la soledat no volguda, la inactivitat en persones que encara es consideren actives, etcètera. Cal plantejar activitats comunitàries o espais de prevenció del malestar mental. En aquest sentit, com s'indica més endavant, cal mapar els agents socials i els serveis de les mateixes comunitats migrades, i establir-hi ponts de diàleg.

2. Abordatge implícit de la salut mental. Cal aproximar-se a la salut mental de manera implícita o menys directa, i en espais que no es dediquen únicament a l'atenció de persones amb patologies mentals. Cal tenir present que la salut mental pot estar molt estigmatitzada en determinades comunitats culturals. Per això, tractar-la en diversitat d'espais i de manera menys explícita en lloc d'abordar-la directament i de manera oberta pot generar menys rebuig i incomoditat entre part de la població d'orígens culturals diversos.

Exemple: *A través de la demanda que tenien un grup de dones grans d'origen marroquí per iniciar activitat física, es van organitzar i van co-crear un taller periòdic de ioga adaptat a les seves necessitats i que dirigeix una professora. Les classes els ha permès millorar la salut física, generar xarxa i augmentar el suport social, així com millorar el benestar emocional. D'altra banda, gràcies a les classes hi ha hagut professionals sanitàries que s'han apropat a aquest grup de dones. Les professionals s'han desplaçat a les classes que són el seu espai de confiança per tractar situacions i malestars, com el dol, derivats de la crisi de la covid-19.*

El treball en xarxa entre serveis i recursos pot evitar que determinades situacions derivin en trastorns mentals, contribuir que les comunitats migrades coneguin i reconeguin els serveis autòctons, posar en relació les persones amb els serveis o recursos comunitaris per tal que es pugui atendre millor les seves necessitats, i nodrir de nous coneixements i noves estratègies els serveis autòctons. Seria interessant que un grup específic de persones professionals tingués la funció, reconeguda per la institució sociosanitària, d'encarregar-se de mantenir les relacions i aquest treball en xarxa, per tal de garantir-ne la constància i la cohesió en tot moment. Una bona xarxa de recursos i serveis comunitaris, facilitaria a les professionals la prescripció social.

Adreçades a les institucions

Escoltar les necessitats de les persones professionals

Les que estan a primera línia i coneixen les realitats són les professionals. Són qui coneix bé el servei, qui es troba amb barreres, etcètera. Les institucions han d'escoltar les professionals i les necessitats amb les quals es van trobant. En aquest sentit, aspectes com l'externalització, la subcontractació o la departamentació, així com la falta de recursos o l'optimització d'aquests, dificulta molt a les professionals poder dur a terme un treball coordinat i de qualitat sense que aquest les sobrepassi.

Ampliar els recursos

Les recomanacions que hem anat detallant requereixen temps i recursos per poder ser aplicades. Cal invertir en sanitat, ampliant el nombre de professionals i, en conseqüència, el temps que aquestes poden dedicar a formar-se, a interaccionar amb les pacients, etcètera. L'actual mancança de temps i recursos en l'àmbit sanitari impossibilita fer un abordatge intercultural complet de la salut.

Ampliar la formació i el debat crític

També és imprescindible que les professionals disposin d'espais per formar-se en interculturalitat –inclosa la perspectiva de gènere interseccional–, salut comunitària i psicologia transcultural, entre d'altres, per promoure la reflexió conjunta i l'intercanvi d'idees i estratègies a l'hora d'abordar la salut mental amb persones d'origens culturals diversos. Compartir experiències i coneixement pot enriquir i contribuir a millorar les pràctiques de les professionals, així com augmentar el suport interprofessional.



Incorporació d'altres figures professionals

Personal mediador

Per poder atendre i donar resposta a la gran diversitat cultural de les usuàries dels serveis sanitaris, és necessari comptar amb persones professionals mediadores o traductores. La mediació intercultural és més complexa que la traducció lingüística, perquè la mediació apropa la professional i la usuària en els conceptes de salut i malaltia, a més, una bona professional de mediació ha de tenir formació en gènere i en altres categories que interseccionen en la salut mental de les usuàries.

Agent comunitària

També seria interessant que s'afegís als serveis la figura de l'agent comunitària. Es tracta d'una persona professional que forma part de la comunitat amb la qual es treballa i que està integrada en l'equip sanitari. Es tracta de persones que tenen coneixements sobre la comunitat i, paral·lelament, formació sobre salut comunitària. També elles haurien de poder disposar de formació i capacitació en perspectiva de gènere interseccional aplicada a l'àmbit de la salut. Incorporar aquesta figura apropiaria els serveis a la comunitat. El vincle de confiança de l'agent amb la comunitat, permetria realitzar un diagnòstic més precís de necessitats i accions realitzades per la pròpia comunitat. Aquesta confiança també facilitaria l'acció participativa entre diferents agents. És un pont que afavoreix l'acció conjunta.

En qualsevol cas, cal el reconeixement de totes les figures de l'equip interdisciplinari per oferir una bona atenció a les usuàries.

Recomanacions específiques per al treball amb persones grans

Conèixer i reconèixer els recursos comunitaris

La situació de les persones grans d'origen migrant és molt complexa i té rostre de dona, tal com s'ha exposat anteriorment. Però les comunitats migrades tenen molta resiliència i capacitat de resposta a les necessitats de les seves membres. En aquest sentit, sovint substitueixen les institucions en la seva oferta de recursos i serveis a persones del col·lectiu. Una de les raons que ho fa possible és precisament la seva adaptació a aquestes realitats complexes. Mentre les institucions sanitàries no ofereixin tots els serveis que la ciutadania necessita, és essencial que els serveis professionals que interactuen habitualment amb persones grans d'origen migrant coneguin els recursos de què disposen aquestes comunitats; un seguit d'eines i mecanismes d'autoorganització comunitària, com ara centres culturals o religiosos, entitats de comunitats culturals diverses o altres xarxes de suport informals.

Així doncs, en primer lloc, cal conèixer com, des d'aquests espais, s'han buscat solucions i s'estan resolent les necessitats de les persones grans per, posteriorment:

D'una banda, **reforçar-los i potenciar-los**, reconeixent el valor que aquests recursos tenen per a la gent gran d'origen migrant, en lloc de minimitzar-los o substituir-los pels recursos, poc adaptats, de la societat majoritària.

D'altra banda, intentar **establir ponts de diàleg i interacció** entre aquests recursos comunitaris i els serveis per a la gent gran que existeixen al territori. Aquests ponts facilitaran l'accés als serveis autòctons a les persones grans d'origen migrant que ho vulguin. Tot i això, és important no perdre de vista que hi haurà persones que no sentiran la necessitat d'accedir-hi.

En aquest sentit, també és interessant que aquesta col·laboració amb els recursos comunitaris i aquesta interacció entre serveis es faci com a factor protector envers l'aparició de trastorns mentals. El treball coordinat entre serveis autòctons i de comunitats migrades pot prevenir que determinades situacions, com la soledat no volguda i les dificultats d'adaptació en la societat majoritària, derivin en símptomes de patiment emocional. Això permet incidir positivament en l'estat anímic de les persones grans d'origen divers, prevenint-ne l'evolució cap a una situació de malestar emocional.

D'altra banda, s'ha de posar èmfasi a donar a conèixer els recursos comunitaris que hi ha a la ciutat (centres cívics, biblioteques, escoles d'adults, etcètera) i, també, els serveis específics (serveis de prevenció i d'atenció a les violències masclistes, serveis municipals per a les persones cuidadores, el Centre LGBTI, etcètera). Sovint, les persones grans no coneixen tots els recursos existents o creuen que no tenen dret a accedir-hi. Una diferència que hi ha respecte de col·lectius de persones més joves i, especialment de les persones menors d'edat, és que aquestes últimes estan obligatòriament involucrades dins del sistema, per exemple, mitjançant l'escola. Com que per a les persones grans no hi ha res equivalent, cal fer un esforç extra amb aquest col·lectiu per informar-lo i fer accessibles aquests recursos. Com s'ha dit, quan una persona no va a un servei pot ser o bé perquè no el coneix o bé perquè el servei no respon a les seves necessitats. Cal, doncs, evitar que no s'hi accedeixi per desconeixement; així com potenciar que des de les institucions s'ofereixi una bona varietat de serveis que cobreixi la diversitat de necessitats de les persones grans. En aquestes situacions, els recursos comunitaris esdevenen vitals, ja que poden facilitar el sentiment de pertinença de la persona d'edat avançada en el país receptor, i també oferir-li un espai on compartir les seves inquietuds en un entorn de confiança i proximitat.

Incorporar les percepcions diverses de l'envelliment

No existeix una concepció universal de l'envelliment, ni tampoc és un procés homogeni, perquè està determinat per diferents factors, com la trajectòria vital de la persona o la classe, el gènere, les capacitats, etcètera, i els rols i estereotips socials. Així mateix, el col·lectiu persones grans comprèn un rang d'edat molt ampli que també fa divergir en les diferents concepcions sobre l'envelliment. És important conèixer quines percepcions de l'envelliment tenen les persones grans d'origen migrant, ja que poden diferir de les que té la població autòctona. En alguns països, es vinculen a idees de saviesa i respecte. En d'altres, se'ls atorga un elevat grau d'autoritat. Sigui com sigui, el context cultural de cada persona condiciona les expectatives que aquesta té quant a l'envelliment. Així doncs, el canvi de context pot generar tensions, incomoditat, incomprensió i distorsió de les dinàmiques comunitàries, i pot derivar en patiment mental. Aquest fet s'accentua en els casos de persones grans que fa poc temps que han arribat respecte de persones més joves, atès que la persona gran ha viscut molts més anys en el país d'origen i li pot suposar encara més esforç el fet d'adaptar-se en la nova societat, dependre econòmicament de familiars, compartir la casa amb fills i filles, etcètera.

Exemple: *Hi ha persones grans d'origen migrant que venen amb la idea de ser actives en l'àmbit laboral. Tanmateix, per l'edat amb què arriben, no aconsegueixen incorporar-se en el mercat laboral, ja que les nostres expectatives quant a la gent d'aquesta edat són diferents. Poden aparèixer sentiments de falta de reconeixement i d'inutilitat, així com preocupació per mantenir l'economia de la família.*

Aquests desajustos poden impactar en l'estat de la salut mental de les persones grans. Per això, també cal abordar els condicionants culturals de les persones grans d'origen migrant. Així doncs, seria molt important poder incloure les persones grans en accions comunitàries participatives, o bé reconèixer-ho quan ja s'estigui fent. Sovint són persones que volen aportar i, tan sols per l'experiència i coneixements acumulats podrien aportar un valor distintiu i ser agents de canvi en espais de co-creació.

Comprendre les condicions en què viu la persona i qüestionar-se si hi pot haver presència de soledat no volguda

És important tenir presents els casos de reagrupació familiar en què la persona arriba al país receptor en edat avançada per viure amb la família del seu fill o filla. Sovint, les condicions econòmiques del grup familiar són limitades, la persona nouvinguda no domina l'idioma del país receptor, els nets o netes poden tenir dificultats per comunicar-s'hi si no coneixen el seu idioma (especialment si els nets o netes han nascut al país receptor o van arribar-hi en edats primerenques), etcètera. A més, són famílies que no estaven acostumades a conviure entre elles, és a dir, en el país d'origen vivien en habitatges independents. Tot aquest context pot donar lloc a un seguit de tensions en l'àmbit familiar i malestar mental en la persona gran.

Quant a les característiques demogràfiques de les persones grans amb bagatge migratori, hi ha un percentatge més elevat de dones. Com s'ha comentat abans, és important tenir present com interseccionen l'origen, el gènere i l'edat. Les dones que tenen títols universitaris no poden treballar de la seva professió, atès que l'homologació té una durada aproximada d'uns tres anys i costos significatius. Per tant, si arriben al país receptor amb edat propera a la jubilació, difícilment podran tornar a treballar en el seu àmbit d'expertesa. D'altra banda, la divisió sexual i racial del treball, els rols i estereotips de gènere i relacionats amb l'origen, la llei d'estrangeria, etcètera fan que a les dones migrades se les associï a la neteja de la llar i la cura de persones grans, fet que en molts casos les porta a exercir només aquesta professió. En aquesta situació també s'hi suma que les dificultats ja descrites a l'hora d'aconseguir permís de treball, entre d'altres, les pot abocar a situacions laborals precàries i, fins i tot, d'explotació i patiment de violències masclistes.

Exemple: *Hi ha dones que fa anys que viuen a Barcelona i no han vist mai la Sagrada Família. Treballen en condició d'interna en una casa i no els permeten tenir més de tres hores lliures un cop a la setmana.*

És comprensible que viure situacions d'aquestes característiques pot portar a patir soledat no volguda i, en alguns casos, aïllament social.

Referències bibliogràfiques

Achotegui, J. (2009). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Gaceta Médica de Bilbao*, 106(4), 122-133.

Ajuntament de Barcelona (2020a). BCN Acció Intercultural. Cultura, educació, ciència i comunitat. Memòria projectes de districtes, 2020.
<https://ajuntament.barcelona.cat/bcnacciointercultural/ca/impulsem-la-interculturalitat/memoria-projectes-de-districtes-2020>

Ajuntament de Barcelona (2022). BCN Acció Intercultural. Cultura, educació, ciència i comunitat. Què és la perspectiva intercultural? <https://ajuntament.barcelona.cat/bcnacciointercultural/ca/qui-som/que-es-la-perspectiva-intercultural>

Ajuntament de Barcelona (2021a). Estadística i difusió de dades. Població per lloc de naixement a Espanya o l'estranger per districtes.
https://ajuntament.barcelona.cat/estadistica/catala/Estadistiques_per_temes/Poblacio_i_demografia/Documents_relacionats/pobest/a2021/part2/nt21.htm

Ajuntament de Barcelona (2021b). La població de Barcelona. Lectura del padró municipal d'habitants a 01/01/2021. Síntesi de resultats. https://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2021/10/La_poblacio_de_Barcelona_2021.pdf

Ajuntament de Barcelona (2020b). Mesura de Govern per a l'elaboració de l'Estratègia municipal contra la soledat. <https://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2020/10/MdG-Elaboracio-Estrategia-Soledat.pdf>

Alvarado García, A. M. i Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

Blanco, A. i Valera, S. (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En A. Blanco y J. Rodríguez Marín (eds.) *Intervención Psicosocial* (Capítulo 1). Madrid: Pearson.

Borbón, D. L. (2014). Relevancia de la incorporación de la perspectiva intercultural en el cuidado y la promoción de la Salud. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (26), 1-8.

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid - COPM (2016). Guía para la intervención psicológica con inmigrantes refugiados. https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2016-06-02-g.refugiados_PDF.pdf

Collazos, F. S, i Visiera C. W. (2009). Capítulo 10: Salud mental. En *Obra Social. El Alma de "La Caixa"*, Mediación intercultural en el ámbito de la salud.
https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/610232/mediacion_intercultural_en_el_ambito_de_la_salud_es.pdf/8b5ef961-b70d-4747-841b-33fa-cb96a452

- Comitè Consultiu Bioètica Catalunya (2007). Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/diversitat2007.pdf
- Consell Municipal d'Immigració de Barcelona - CMIB. (2019). Persones migrades i envelliment a la ciutat de Barcelona. https://ajuntament.barcelona.cat/consell-municipal-immigracio/sites/default/files/documents/ppt_avanc_estudi_g_gran_gabri_ela_gomez_30-9-19.pdf
- Domínguez, G (2018). Impacto de las brechas digitales en la población extranjera. ACCEM. <https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/Brechass.pdf>
- Europa Press (2022). Más de 300 organizaciones entregan a Sanidad un manifiesto para acabar con la exclusión sanitaria de miles de personas. <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-mas-300-organizaciones-entregan-sanidad-manifiesto-acabar-exclusion-sanitaria-miles-personas-20220407114602.html>
- Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública - FADSP (22 de juny de 2018). La privatización de la sanidad pública en Cataluña. FADSP. <https://www.fadsp.org/index.php/comunidades/cataluna/1726-la-privatizacion-de-la-sanidad-publica-en-cataluna>
- García, L. C. N. (2008). Derechos humanos e inmigración. Europa y la directiva de retorno. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global, (104), 39-56.
- Jurado, D., Alarcón, R. D., Martínez-Ortega, J. M., Mendieta-Marichal, Y., Gutiérrez-Rojas, L., i 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.
- Lopez, V. R. i Padilla, J. B. (2018). Salubrismo o barbarie, un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. Madrid: Atrapasueños editorial.
- Marsella, A. J. (2010). Ethnocultural aspects of PTSD: An overview of concepts, issues, and treatments. Traumatology, 16(4), 17-26.
- Martínez, M. F. i García, J. M. (2018). Procesos migratorios e intervención psicosocial. Papeles del psicólogo, 39(2), 96-103.
- Martín, S. R., Martín, S. R. (2020). Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, (80), 6-10.
- Médicos del mundo (2021). Guía para la atención de personas migrantes o de origen extranjero dirigida a profesionales sociosanitarios. https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/guia_para_la_atencion_de_personas_migrantes_o_de_origen_extranjero_dirigida_a_sociosanitario.pdf

Organización Internacional para las Migraciones - OIM (2019). Informe sobre las migraciones en el mundo 2020. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf

Parra, R. (20 de febrer de 2020). Regularizar mi situación en España sin tener que volver a mi país ("inmigrantes sin papeles"). <https://romuloparraabogado.com/regularizar-mi-situacion-en-espana-sin-tener-que-volver-a-mi-pais-inmigrantes-sin-papeles>

Pascual, R (28 de setembre de 2017) Cómo Cataluña lideró los recortes sociales. https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/09/27/midiner/1506518837_523846.html

Ríos, E. G. (2012). Interculturalidad en salud. UCV-Scientia, 4(1), 52-55.

SAIER (2016). Irregularidad sobrevenida. <https://ajuntament.barcelona.cat/novaciudadania/sites/default/files/documentos/3-irregularidad-sobrevenida-def.pdf>

Sayed-Ahmad, B. N. (2013). "Proceso migratorio, diversidad sociocultural e impacto sobre la salud mental." Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa, 54, p. 87-101

Sayed-Ahmad, B. N.; Fernández, R. G.; García de Sola, M. A.; García, L. D.; Gutiérrez, M. S.; Jiménez, C. C.; Parra, P. A., i Río, MJ. B. (2012). Programa de atención a población inmigrante en salud mental. <http://psicopediahoy.s3.amazonaws.com/ProgramaAtencionPoblacionInmigranteSaludMental.pdf>

SegurCaixa Adeslas (2017). Seguro Médico Para Permiso de Residencia. <https://www.seguroenlinea.es/seguro-medico-para-permiso-de-residencia-quien-lo-necesita/>

Solanes, A. (2010). Un balance tras 25 años de leyes de extranjería en España: 1985-2010. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, 90, 77-101.

Soma psy network (2016). Recomendaciones para una atención eficiente en salud mental a las personas solicitantes de asilo. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Recomendaciones-atencion-salud-mental-solicitantes-asilo.pdf>

Yo Sí Sanidad Pública (2019). Informe sobre la exclusión sanitaria a un año del RDL 7/2018 sobre "el acceso universal al Sistema Nacional de Salud". <https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/informes/informe-sobre-la-exclusion-sanitaria-un-ano-despues-del-rdl-7-2018/1275290117-1576313745/informe-sobre-exclusion-a-1-ano.pdf>

Willen, SS.; Knipper, M.; Abadía-Barrero, CE, i Davidovitch, N. (2017). Syndemic vulnerability and the right to health. Lancet, 389(10072), 964- 977.

Hi col·labora:

Coordinació metodològica i redacció:

Marta Franch Roca – Centre d'Estudis Africans i Interculturals; CEAI

Assessorament:

Lola López – Centre d'Estudis Africans i Interculturals; CEAI
Clàudia Ferràndiz Lahuerta – Centre d'Estudis Africans i Interculturals; CEAI

Grup Motor:

Anna Morancho Retana – Direcció de Serveis a les Persones i al Territori; Districte de Ciutat Vella; Ajuntament de Barcelona // Judit Pruna Solà – Direcció de Serveis a les Persones i al Territori; Districte de Ciutat Vella; Ajuntament de Barcelona // Daniel-Ahmed Fernández García – Programa BCN Interculturalitat; PROGBI // Núria Pàmies Martorell – Consell Municipal d'Immigració de Barcelona; CMIB // Ana Lemkow Tovas – Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI; Ajuntament de Barcelona // Júlia Altés Baiges – Spora Sinergies; Pla de Salut Mental Ajuntament de Barcelona // Aleix Causa Bofill – Spora Sinergies; Pla de Salut Mental Ajuntament de Barcelona // Núria Calzada Lombana – Agència de Salut Pública de Barcelona; ASPB Carmen Fuertes – Fundació Tot Raval

Amb la participació de:

Entrevistes individuals:

Rodrigo Araneda Villasante – Consell Municipal d'Immigració de Barcelona; CMIB // Raquel Salas Martín – Associació Catnova

A càrrec de:

Marta Franch Roca – Centre d'Estudis Africans i Interculturals; CEAI

Grup de discussió:

Lucía Serra Domínguez – Radio Nikosia i Xarxa Sense Gravetat // Diego Arànega Guizan – ABD: Associació Benestar i Desenvolupament // Santiago Batlle Vila – Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut MAR // Yliana Simancas Ramírez – Al Barri ens Cuidem – Fundació Ires // Sandra Vargas Vargas – Al Barri ens Cuidem – Fundació Ires kholoud Rouaz El Hajoui – Psicòloga psicoterapeuta // Marina García Gabilondo – Fundació Babel // Marta Margallo Iribarnegaray – Fundació Babel // Francisco Collazos Sánchez – Programa Psiquiatria Transcultural; Vall d'Hebron // Cristian Llàcer Pinos – Centre d'Atenció Primària. CAP Casc Antic Barcelona // Bayt Al Thaqafa // Cooperativa Aixec

Dinamització:

Rafael Crespo Ubero – Centre d'Estudis Africans i Interculturals; CEAI. // Marta Franch Roca – Centre d'Estudis Africans i Interculturals; CEAI

