

El Dol Migratori: Carències Afectives en la Infància Transnacional

Anàlisi d'un cas i proposta de pla de tractament

Inés Molist Blanquer

Treball Final de Màster de Psicologia General Sanitària
Dirigida per la Dra. Berta Aznar Martínez
Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport
Blanquerna, Universitat Ramon Llull
Barcelona, 2021

Resum

En aquest treball es pretén donar visibilitat a l'impacte emocional que genera el dol migratori en l'etapa infanto-juvenil i les conseqüències de les carencies afectives a causa de la separació afectiva amb el cuidador principal, a través de la mostra d'un cas clínic. Es presenta el cas d'una pacient de 15 anys d'origen hondureny, que va venir derivada al Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de Santa Coloma de Gramenet per l'activació Codi Risc Suïcidi en l'Hospital Clínic de Barcelona. Va immigrar fa dos anys a Espanya des d'Hondures i actualment mostra dificultats d'adaptació desencadenades pel procés migratori i amb un vincle matern conflictiu, entre altres problemàtiques. Per tal d'analitzar l'impacte emocional del dol migratori, la separació afectiva i les carencies afectives en l'etapa infanto-juvenil, s'han aplicat i analitzat: entrevistes exploratòries, proves de personalitat projectives i proves quantitatives (BDI-II, MACI i WISC-V). Finalment, s'exposen les conclusions de l'anàlisi i es planteja un pla de tractament, per tal de treballar el dol migratori i el trencament del vincle afectiu.

Paraules claus: dol migratori, carencies afectives, separació afectiva, etapa infanto-juvenil, procés migratori, família transnacional.

Abstract

This essay seeks, through a clinical case, to shed light on the emotional impact generated by migratory grief during childhood and youth, as well as the negative consequences of the lack of affection caused by the affective separation. The case report is presented of a 15-year-old patient from Honduras, who was transferred to the Mental Health Centre for youth and childhood of Santa Coloma de Gramenet following the activation of suicide-risk protocols at Barcelona's Hospital Clínic. The patient immigrated into Spain two years ago from Honduras and shows difficulty in adapting, triggered by the migratory process and with a conflictive maternal bond, among other problems. In order to analyze the emotional impact of migratory grief, the affective separation and the lack of af-

fection during childhood and youth, the following measures were applied and analyzed: exploratory interviews, projective personality tests and quantitative (BDI-II, MACI and WISC-V). Finally, the conclusions of the analysis are put forth and a treatment plan is suggested in order to address the migratory grief and the rupture of the affective bond.

Keywords: migratory grief, lack of affection, affective separation, youth and childhood stages, migratory process, transnational family.

Introducció

La globalització és un fenomen mundial que comporta que l'emigració s'estigui convertint, per a milions de persones, en un procés que genera grans nivells d'estrès, que poden arribar a superar la capacitat d'adaptació dels éssers humans (Achotegui, 2008). El procés migratori sempre ha sigut un element estudiat des de diferents perspectives; econòmica, demogràfica, política, etc., però actualment també s'ha estudiat l'impacte emocional que genera en la persona emigrant al deixar el seu país d'origen, ja que dona visibilitat al procés d'adaptació, la diversitat cultural i l'impacte emocional que genera allunyar-se (González, 2005). En l'àrea de la salut mental, la migració principalment constitueix un factor de risc quan existeix una vulnerabilitat prèvia, si el nivell d'estrès és molt alt i també si es donen les dues condicions alhora. Les persones que han emigrat tenen altes probabilitats de patir estrès crònic i múltiple en el *dol migratori*, sent aquests elements en l'actualitat un problema de salut mental emergent en els països d'acollida (Achotegui, 2008).

La migració internacional es caracteritza per la transnacionalització de les relacions familiars, generant això una distància global dels afectes, les atencions i les emocions. La migració és entesa també com un fenomen on entren en joc diferents canvis i pèrdues que produeixen un impacte a nivell psicològic i cultural, tant en l'individu que emigra com en el seu entorn familiar. Els motius pels quals una persona decideix emigrar poden ser: personals, familiars, laborals, polítics, econòmics, religiosos, etc., però la majoria de persones emigren per poder trobar una millor qualitat de

vida en el país d'acollida. La migració també té els seus avantatges, com per exemple, l'accés a noves oportunitats, però comporta diverses dificultats, tensions i factors estressants, com per exemple, adaptar-se al país d'acollida. Aquest impacte psicològic que genera estrès a conseqüència del canvi de territori es denomina *dol migratori* (Achotegui, 2009).

Actualment, diversos autors han centrat els seus estudis en el concepte de *dol migratori*.

Achotegui (2009), psiquiatre i gran referent en els estudis de la migració, denomina aquest concepte de *dol migratori* com *El Síndrome d'Ulises*. El *Síndrome d'Ulises*, el defineix com un dol parcial (l'objecte no desapareix, sempre hi haurà la possibilitat de tornar al país d'origen), recurrent, que està vinculat a aspectes infantils molt arrelats i és un dol múltiple. Aquest dol múltiple està constituït per set dols dintre del *dol migratori*: la família i persones estimades, la llengua, la terra, la cultura, l'estatus social, el contacte amb el grup de pertinença i el risc per la integritat de la persona. Tizón (2009) defineix el *dol migratori* com un procés complex de reorganització de la personalitat a què ha de fer front l'ésser humà per adaptar-se al canvi migratori. Moro (2004), una altra veu important en la investigació del procés migratori en la infància, adolescència i adultesa, entén la migració com un trencament que comporta una ruptura de la cultura interioritzada del pacient, podent generar un traumatisme migratori.

El *dol migratori* té diferents característiques: afecta a la identitat individual, comporta una regressió psicològica que es manifesta amb dependència infantil, ambivalència afectiva cap al país d'origen i cap al país d'acollida (el retorn al país d'origen és una nova migració) i és transgeneracional (Achotegui, 2009). Estudis recents determinen que els immigrants de 2a generació tenen més risc de patir símptomes (depressió, ansietat, consum de tòxics, etc.) que els immigrants nascuts al país d'origen, i els de 3a generació tenen més risc que els de 2^a (Peña, 2008).

Hi ha tres tipus de dols segons la dificultat d'elaborar el dol i la seva potencialitat psicopatògena. Aquests dols són: *el simple* en el que es pot elaborar el dol en bones condicions, *el complicat* quan hi ha sèries dificultats però amb possibilitat d'elaborar-ho i *l'extrem* quan la situació és

molt problemàtic i no és elaborable, ja que supera les capacitats d'adaptació del subjecte (Achotegui, 2008).

Tal com hem assenyalat anteriorment, el *dol migratori* es defineix principalment per ser un factor estressor, per això és necessari tenir en compte els quatre factors estressors que estan relacionats amb el procés migratori des de la perspectiva de la salut mental. El primer factor és la separació familiar i la soledat forçada, per la impossibilitat de la reagrupació familiar a conseqüència d'una situació econòmica precària. El segon factor és la possibilitat de poder considerar un fracàs del projecte migratori quan hi ha absència d'oportunitats. El tercer factor és la lluita per la supervivència; trobar feina i habitatge en bones condicions principalment. I el quart factor és la por al perill físic, sovint el fet de viatjar en condicions molt precàries posen en risc las seves vides (màfies, abús sexual, maltractament, etc.). En relació amb el primer factor, diversos estudis demostren que les famílies que emigren unides elaboren millor les situacions extremes i aquest dol. També els nens que ja han patit una separació dels pares que han emigrat, queden molt afectats quan ells han d'emigrar per retrobar-se amb els pares en el país d'acollida i s'han de tornar a separar de la nova figura d'aferrament del seu país d'origen. Actualment es parla de "famílies transnacionals" en referència a les famílies amb nens orfes de pares vius amb una gran buidor afectiva (Achotegui, 2009). El dol per aquesta separació familiar està vinculat a l'aferrament i trencar-lo produeix un dolor quasi físic en l'infant (Bowlby, 1999).

El *dol migratori* també presenta un conjunt de símptomes que es poden desenvolupar en diferents àrees psicopatològiques: símptomes en *l'àrea de la depressió*, de *l'ansietat*, de la *somatització* i de *la confusió*. En l'àrea de la depressió es pot desenvolupar una simptomatologia de tristesa melancòlica amb plor. En l'àrea de l'ansietat amb preocupacions recurrents, tensió, ansietat i irritabilitat. En l'àrea de la somatització es pot manifestar insomni, cefalea i fatiga. I per últim, en l'àrea confusional amb una sensació de pèrdua de memòria, falta de concentració, sensació de desorientació en el temps i en l'espai (Achotegui, 2009). En el cas dels nens i nenes, aquests símptomes varien

en funció de l'etapa de desenvolupament a on es trobi l'infant. En l'etapa preescolar es podria manifestar com patologies carencials, tant a nivell somàtic com psicològic, per exemple, trastorn del desenvolupament, deprivació sensorial, desnutrició, etc. Durant el període de latència es manifesten les dificultats en l'àmbit escolar amb un fracàs escolar més elevat. I en l'etapa de l'adolescència, s'evidencien els conflictes d'identitat pròpia d'aquesta fase, però incrementats a causa de la realitat bicultural (Ajuriaguerra, 1996).

Les famílies transnacionals poden desenvolupar conflictes emocionals a conseqüència de la distància física entre els diferents membres de la família, que afecta la relació entre ells, al seu vincle afectiu i també a la persona encarregada en atendre al menor. Davant d'aquestes situacions on un progenitor ha d'emigrar, normalment les opinions dels menors no són rellevants a l'hora de determinar la migració. La família extensa (àvies, germanes, veïnes, etc.) que actua com una xarxa familiar, és la responsable de donar atenció al menor en el moment en què el progenitor ja ha emigrat. Aquesta família extensa no li produeix a l'infant un sentiment de substitució o de reemplaçament dels seus pares, però sí que construeix un vincle afectiu fort amb el familiar responsable i la seva xarxa familiar (Piras, 2016). No obstant això, d'aquesta teoria es podria desprendre la idea que pot haver-hi un major o menor sentiment de substitució amb el cuidador de la família extensa, depenent de l'edat del menor en el moment en què el progenitor emigra, de la qualitat del vincle amb el progenitor i la que estableix amb la família extensa.

El que més afecta a l'infant amb l'emigració del progenitor responsable, és el canvi del cuidador en les cures personals. Quan la mare és la progenitora que emigra del país d'origen, es genera un gran desequilibri en l'estructura familiar. Aquestes mares han de fer una doble funció; productiva (suport econòmic) i reproductora (la criança). Els fills que es queden en el país d'origen en el moment de la separació física amb la mare, pateixen un gran sentiment d'abandó i de buidor en la seva atenció a causa del canvi del tutor responsable. La funció reproductora freqüentment es delega a altres dones de la família extensa en l'absència de la mare. Aquesta situació genera a l'infant una

sensació d'instabilitat interna. Denominem "infància transnacional" al grup de menors que es troben enmig d'aquestes circumstàncies (Piras, 2016).

La migració al país d'acollida durant l'etapa infanto-juvenil, pot presentar una sèrie de dificultats afegides segons les circumstàncies en què es poden trobar en el moment de la reagrupació familiar. Les diferències culturals poden produir una fragmentació entre la vida familiar i la social. S'inicien una sèrie de trencaments en aquesta migració que requeriria un projecte migratori ben elaborat per facilitar l'adaptació a aquests nous canvis; canvis familiars secundaris, pares sobrecarregats i canvis de rols familiars (Espeso, 2009). La migració en aquesta etapa infanto-juvenil, sovint implica una falta de contenció per part dels seus pares, ja que aquests es troben submergits en la lluita del projecte migratori i disposen de poc temps i energia pels seus fills. Aquesta falta de contenció, pot generar problemes conductuals que corresponen a la necessitat per part dels adolescents de reafirmar els seus límits i de ser continguts. Molt sovint, les conductes disruptives són una resposta al desig que l'altre posi límits com una forma de contenció (Winnicott, 1991). Freqüentment els conflictes que es desenvolupen entre pares i fills produeixen en els adolescents un sentiment de culpabilitat i han d'assumir responsabilitats familiars que no corresponen a la seva edat. Succeeix que normalment les filles grans ocupen el lloc de la mare que ha emigrat sense tenir un referent adult estable (Marxen, 2007).

En la vivència del dol migratori múltiple s'afegeix el dol en l'etapa de l'adolescència per la transformació del cos i la pèrdua del rol infantil que els hi genera un canvi d'identitat. En el cas dels joves immigrants aquests dols se solapen conjuntament amb el dol per la pèrdua del país i es barregen els records nostàlgics del país d'origen amb la infància perduda, associant uns amb els altres (Marxen, 2007). Aquests joves viuen una discrepància cultural també respecte als seus pares, generant això molt de conflicte i estrès que pot desenvolupar simptomatologia depressiva en els joves (Céspedes & Huey, 2008). Els pares que es troben en aquestes circumstàncies, no saben transmetre als seus fills com fer-se adolescents o adults en un país nou. Els pares no poden oferir als seus fills

models coherents d'identificació degut a la desubicació per trobar-se en un món entre la cultura d'origen i el país d'acollida (Marxen, 2007). Segons Moro (2002), els professionals de la salut mental i de l'educació són els que han d'ajudar a reubicar als adolescents facilitant uns mecanismes de transició entre un món i un altre, per poder superar així la dissociació entre lo afectiu (país d'origen) i l'acció (país d'acollida). Durant aquest procés seria imprescindible fer un treball multidisciplinar amb tots els diferents membres de la família.

Segons un estudi realitzat de Piras (2016) amb adolescents en relació amb les emocions, les estratègies, la substitució de les atencions i la relació amb el progenitor absent que ha emigrat, manifesten que els hi va afectar molt l'absència dels pares en aquella etapa on la presència d'ells és imprescindible pel seu òptim desenvolupament. Per una altra banda, també senten admiració cap a ells per l'esforç que han fet per millorar la situació familiar.

És necessari tenir en compte que el moviment migratori d'una família transnacional, tal com hem mencionat anteriorment, genera separació afectiva, produint sovint en els infants una carència afectiva. La funció primordial del vincle afectiu establert pels progenitors amb l'infant obeeix a una necessitat vital de reduir l'ansietat del nen, per tal que li permeti l'afrontament de situacions generadores d'ansietat (Bowlby, 1999; Molina, 2011). La carència afectiva és la privació de la relació amb la mare, patint així un dèficit d'atenció afectiva necessària en l'edat primerenca (Bielsa, 2010). Aquesta carència es pot manifestar qualitativament en *símtomes afectius*; angoixa de separació, agressivitat reactiva, sentiment de desvalorització i intolerància a la frustració, en *símtomes somàtics*; alteració de l'esquema corporal, tendència a patir malalties i retard en el creixement físic, i també en *símtomes cognitius*; retard intel·lectual a causa d'una falta d'estimulació sociocultural, trastorn del llenguatge i desorientació temporal (Lemay, 1979).

En el procés migratori s'observa una discontinuïtat del vincle que produeix una separació afectiva en la relació establerta amb la mare o amb el substitut, que pot ser de risc en el període crític entre els 6 mesos i 5 anys, ja que és el moment en què l'infant distingeix a la seva mare d'un es-

trany i s'uneix a ella (Bowlby, 1999). Quan la separació afectiva de la figura d'aferrament es prolonga en el temps, l'infant pot manifestar alentiment en el desenvolupament afectiu i cognitiu, trastorns psicossomàtics (anorèxia, trastorn del son, etc.) i símptomes depressius (desvalorització, falta d'energia, etc.). L'àrea de més vulnerabilitat que es pot veure afectada per la discontinuïtat del vincle és el desenvolupament del llenguatge, la capacitat de generalització i les relacions socials (Ainsworth, 1961). En els adolescents es poden desenvolupar comportaments antisocials, actituds impulsives, trastorns del comportament, amenaces suïcides i violència verbal, que poden ser símptomes relacionats amb l'estat límit (Bielsa, 2010). És important en aquests casos amb simptomatologia derivada d'una carència afectiva, fer un diagnòstic diferencial en relació amb el *retard mental*, *el trastorn de l'espectre autista*, *el trastorn generalitzat del desenvolupament* i *el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat* (Molina, 2011).

Tal com hem mencionat anteriorment, el dol migratori, també anomenat *Síndrome d'Ulisses*, és un dol múltiple, és un factor de risc que pot generar alts nivells d'estrès i separació afectiva. La migració en l'etapa infanto-juvenil, ja mencionada, exposa al menor a una situació de vulnerabilitat, desequilibri, ansietat i carencies afectives. A conseqüència de tot allò, aquest treball pretén analitzar el cas d'una pacient del Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de Santa Coloma de Gramenet que va haver d'emigrar d'Hondures per retrobar-se amb la seva mare. A través d'aquest cas s'evidencien algunes simptomatologies pròpies del *dol migratori* i la separació afectiva. Es pretén donar visibilitat a l'impacte emocional i les conseqüències que comporta la vivència de la migració en l'etapa infanto-juvenil.

Contextualització del Cas

El treball s'emmarca en el Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Santa Coloma de Gramenet. És un Centre Públic vinculat a la Fundació Vidal i Barraquer i dona assistència en Salut Mental a nens i adolescents, entre els 4 i els 18 anys. El CSMIJ està format per un equip mul-

tidisciplinari (Psicòlegs, Psiquiatres i Treballadores Socials) per tal de poder oferir una intervenció integral que contempli tant els aspectes clínics com psicosocials dels nostres pacients. El Centre té una orientació psicoanalítica i proporciona diferents serveis; diagnòstic, orientació i tractament, mitjançant entrevistes individuals, familiars o grupals. També proporciona formació, recerca i treballa en conjunt amb els diferents recursos del municipi, entre altres.

En el CSMIJ hem pogut observar que hi ha una gran majoria de pacient immigrants que presenten principalment simptomatologia ansiosa i depressiva, coincidint amb l'abandonament del seu país d'origen per emigrar a Espanya. Manifesten dificultats d'adaptació en el nou entorn que els hi desencadena un desequilibri emocional. A causa d'aquesta alta freqüència de pacients amb aquest perfil s'ha escollit el cas presentat a continuació, ja que considerem que il·lustra amb claredat les característiques exposades en la literatura científica existent.

Per tal de respectar la privacitat i l'anonimat del pacient s'han modificat les dades cronològiques i el nom. Les estratègies metodològiques que s'han seguit en aquest cas són la transcripció de totes les sessions, la triangulació de l'anàlisi de font de dades quantitativa i qualitativa, i col·laboració i supervisió conjuntament amb altres professionals. Com a proves quantitatives s'ha aplicat *l'Escala d'intel·ligència de Weschsler per nens-V (WISC-V)*, *l'Inventari Clínic per Adolescents de Millon (MACI)* i *l'Inventari de Depressió de Beck-II (BDI-II)*, i com a prova qualitativa s'han utilitzat proves de personalitat projectives; *House, Tree and Person (HTP)* i *el Dibuix de l'Animal*. Per analitzar les transcripcions de les entrevistes realitzades, s'ha construït la *taula ad hoc*, per tal d'ordenar els conceptes principals relacionats amb el marc teòric que es pot observar en l'*annex 1*.

Presentació del Cas Clínic

El cas clínic seleccionat és una pacient que l'anomenarem Paula, té 15 anys, originària d'Hondures i va venir derivada a través de l'Hospital Clínic de Barcelona per l'activació del Codi Risc de Suïcidi (CRS). Va ser ingressada al Clínic per alteracions conductuals (agressivitat física) i

amenaces autolítiques que es van desencadenar a partir d'una discussió amb la seva mare i la parella de la seva mare. Durant l'estada a l'Hospital Clínic, se li administra el qüestionari *Escala MINI* per tal de valorar el nivell del risc de suïcidi. Obté una puntuació a l'*Escala MINI* de 13, que correspon a un nivell *alt de risc de suïcidi*, amb sentiment de desesperança, problemes socials (aïllament, manca de suport i problemes socioeconòmics), manifesta intents previs de suïcidi i desig de morir. En el Clínic va ser diagnosticada de *trastorn d'adaptació mixt d'ansietat i estat d'ànim deprimit, i idees suïcides*. La mare també fa referència a que prèviament a aquest incident, en un context d'estrès anterior, també va mostrar altres temptatives autolítiques (consum de pastilles). En el Clínic es determina un tractament amb Diazepam, s'activa el Codi Risc Suïcidi i es deriva al CSMIJ on és atesa en les pròximes 48h. Prèviament a aquest ingrés a l'Hospital Clínic de Barcelona, va ser derivada al CSMIJ a través del Programa Salut i Escola (PSIE) per verbalitzar en la infermeria de l'escola que escoltava veus que la cridaven i també sentia que li entraven insectes dintre de les orelles, però a causa de la situació de la Covid-19 no van establir cap visita programada.

Paula actualment té 15 anys, viu a Santa Coloma de Gramenet amb la seva mare de 32 anys, la parella de la seva mare de 50 anys, i les seves dues germanes menors, de dos pares diferents, de 10 anys i 8 anys, tal com es pot observar en la Figura 1. Paula va néixer el dia 5 de juny del 2005 a un poble d'Hondures, d'un embaràs no desitjat quan tenia la seva mare 17 anys i el seu pare 25 anys. Es va assabentar que estava embarassada quan ja estava de 3 mesos i el pare es va desentendre de tot quan li va comunicar aquest embaràs, negant aquesta paternitat. La mare refereix que durant tot l'embaràs no va tenir cap control mèdic per una manca de recursos sanitaris a la zona. Aquest embaràs va coincidir en el temps amb la mort de l'àvia materna (besàvia materna de la Paula), persona molt important per la mare. Va tenir un embaràs i un part natural sense complicacions fisiològiques. La Paula era un nadó sa, sense problemes de salut i vivia amb la seva família extensa; la seva mare, àvia materna i les tietes amb els cosins. La mare reconeix que va ser de gran ajuda el suport familiar en la criança de la seva filla. Encara que el seu pare va rebutjar aquesta paternitat (el

pare va conèixer a la Paula quan ja tenia 1 any), l'àvia paterna sí que la va admetre com a néta des del primer moment.

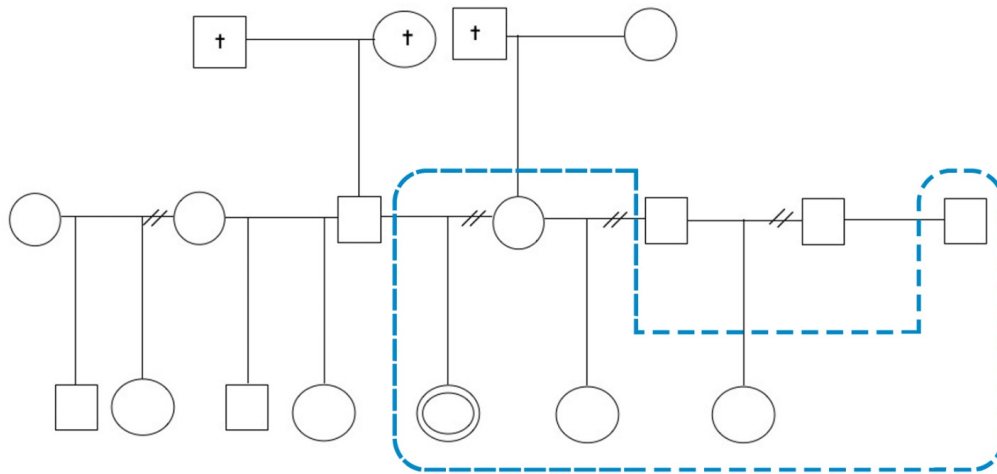


Figura 1. Genograma familiar

La mare li va donar el pit a la Paula fins als 20 mesos i després va introduir aliment sòlid, mostrant la pacient una bona adaptació al canvi. Sempre ha dormit bé, va gatejar als 9 mesos, caminar als 11 mesos i va parlar als 14 mesos aproximadament. Als 5 anys la Paula ja va ser escolaritzada i fins llavors veia a la mare a les nits, ja que ella treballava moltes hores en una fàbrica, i durant el dia la Paula estava amb la seva àvia materna i les tietes. Quan la Paula ja tenia 6 anys, la seva mare va haver de marxar del poble on vivien, ja que li van oferir una feina d'interna en la capital. Això va comportar que la Paula tingués a la seva àvia materna i les tietes com a referent en les cures, ja que només podia veure a la seva mare un cap de setmana al mes. Després de dos mesos que la mare estigués treballant a la capital, l'àvia paterna es va emportar a casa seva a la Paula des de casa de l'àvia materna, sense permís matern, ja que considerava que amb ella estaria més cuidada i més tranquil·la al ser l'únic infant a atendre. La Paula va viure durant 4 anys amb l'àvia paterna, fins que aquesta àvia va ser diagnosticada d'un tumor cerebral i va tornar a viure amb l'àvia materna quan la pacient ja tenia 10 anys. En aquest temps la mare havia tornat al poble al deixar la feina d'interna, i va tornar amb dues filles més de dos pares diferents que va tenir durant aquests anys en la capital. La Paula es va retrobar de nou vivint amb l'àvia materna, la mare, les dues germanes, les

tietes i els cosins. Com l'àvia paterna era una referent molt significativa per la Paula, va patir molt aquesta separació. Al cap de poc temps l'àvia paterna va morir d'aquella malaltia i ningú va informar a la Paula d'aquesta mort. La mare va considerar que era millor no informar-li, i que la Paula la veiés directament en el funeral.

Quan la Paula té 11 anys, la seva mare decideix emigrar a Espanya per trobar millors oportunitats laborals i així poder enviar diners a les tres filles a Hondures. La mare va estar 2 anys a Espanya i finalment va tornar a Hondures per recollir a les seves filles i portar-les a Santa Coloma de Gramenet, on ella estava vivint amb la seva parella actual i el qual la va ajudar econòmicament a pagar tots els bitllets del viatge.

La Paula ja fa 2 anys que viu a Santa Coloma de Gramenet, mostrant actualment dificultats en el rendiment escolar, ja que té problemes en la concentració, la memorització i també en la relació amb els iguals. Expressa un sentiment d'inferioritat en relació amb els seus companys, tant a nivell relacional com a nivell acadèmic. Ella sent que no es pot concentrar, sovint se sent bloquejada, li venen records del passat i això li dificulta el seu rendiment. La pacient manifesta tenir insomni de segona hora, cansament, malsons on mor la seva germana petita i també verbalitza dolor al cor i a l'estómac, "com si li mossegessin tant per dins com pels braços". Aquestes simptomatologies li impedeixen de vegades poder anar a l'escola. Diàriament dedica moltes hores al mòbil per mirar vídeos i jugar, fet que l'aïlla de relacionar-se amb el seu entorn. La Paula té un aspecte físic infantil en comparació amb la seva edat cronològica i mostra el desig d'atraure tota l'atenció de la seva mare.

Anàlisi del Cas

Per l'exploració diagnòstica del cas presentat apliquem proves qualitatives, quantitatives i entrevistes exploratòries, vinculant l'anàlisi amb les categories del *dol migratori*, *la separació afectiva* i *l'etapa infanto-juvenil*, per tal de determinar el diagnòstic i pla de tractament.

Anàlisi d'Entrevistes Exploratòries

En primer lloc, hem realitzat dues entrevistes amb la mare de la pacient per realitzar l'anamnesi i obtenir tota la informació vinculada al desenvolupament vital de la pacient.

Pel que fa a la separació afectiva de la figura d'aferrament, tant amb la mare com amb la família extensa viscudes per la Paula, li ha pogut produir carencies significatives a nivell afectiu. Aquest vincle matern ja s'inicia en un entorn difícil, ja que la pacient va néixer d'un embaràs no desitjat quan la mare tenia només 17 anys (la mare desconeixia les conseqüències de les relacions sexuals, segons ella refereix). El pare de la Paula no va reconèixer mai la seva paternitat. Quan va néixer la pacient, la mare va començar a treballar en una fàbrica a prop de la llar familiar, deixant a la seva filla sota la responsabilitat de l'àvia materna. Aquest entorn amb tantes dificultats, li ha pogut generar a la Paula una sensació d'una mare molt absent a nivell físic (va començar a treballar a una fàbrica) i emocional (dol pel trencament de la relació amb el pare de la seva filla) generant-li a la mare un estat de depressió, afectant així la construcció d'aquest vincle maternfilial.

Quan la Paula té 6 anys, la mare deixa el treball del poble per una feina a la capital d'Honduras. En aquest moment la pacient viu dos trencaments a la vegada, la mare emigra a la capital i al mateix temps la Paula deixa de viure amb l'àvia materna per viure amb l'àvia paterna, trobant així un nou referent afectiu. Aquesta gran discontinuïtat en els vincles afectius, li ha pogut generar; distorsions dels vincles, un dèficit d'atenció afectiva, un sentiment de desvalorització, de rebuig i d'abandó per part del seu entorn (Ainsworth, 1961). La Paula va estar dels 6 fins als 10 anys vivint amb la seva àvia paterna, persona que sent com a principal referent matern afectiu i estable. Durant l'estança a casa de la seva àvia paterna va patir abús sexual del seu cosí germà patern, el qual ningú va denunciar i només la seva àvia en assabentar-se va castigar amb agressions físiques a l'abusador. Dos anys després d'aquest fet aproximadament, l'àvia paterna va ser diagnosticada d'una malaltia i la Paula va tornar a casa de l'àvia materna. Poc després l'àvia paterna va morir. Tots aquests esde-

veniments traumàtics, amb continus canvis d'escenaris de llars familiars i de referents materns, li han pogut produir a la pacient un gran sentiment d'autodesvalorització al pensar que no és lo suficient valuosa perquè algú es quedi amb ella i la cuidi, afectant així el vincle matern (Lemay, 1979). Seguidament quan la Paula té 10 anys, la mare perd la feina de la capital i torna de nou a viure al poble a la llar familiar amb dues filles més de dos pares diferents. Poc després, la mare emigra sola a Espanya, deixant a la Paula al càrrec de les dues germanes petites. La pacient de nou viu una altra separació amb la mare, afegint la responsabilitat de les germanes al seu càrrec, que fins llavors eren totalment desconegudes per a ella.

En referència al dol migratori, la pacient va emigrar a Espanya a l'edat de 13 anys, quan la mare va tornar a Hondures per recollir a les seves tres filles, d'això ja fa dos anys. Actualment, viuen a Santa Coloma de Gramenet; la mare, les tres filles i la parella actual de la mare. Aquests continus canvis d'escenaris i emocionals de la Paula li poden estar generant actualment un sentiment de trencament intern i ambivalència afectiva. Ha viscut moltes vinculacions i desvinculacions constants que li han pogut generar molt cansament psíquic, discontinuïtat emocional de la funció materna i dificultats per construir un vincle d'aferrament segur (Bowlby, 1999). El procés migratori comporta que actualment la pacient desenvolupi simptomatologies pròpies del dol migratori (Achoategui, 2009).

Per últim, pel que fa referència a l'etapa de desenvolupament, la Paula actualment amb 15 anys es troba en l'etapa infanto-juvenil, mostrant diverses dificultats; de concentració en l'escola, de relació social, d'adaptació al nou entorn i també principalment amb dificultats de relació amb la seva mare. Ha tingut pensaments i temptatives d'autolesió, que s'han manifestat en discussions amb la mare i/o amb la parella de la seva mare i també expressa dolor corporal molt intens que li impedeix sovint poder anar a l'escola. Les amenaces autolítiques, en els adolescents com la Paula que han viscut discontinuïtat afectiva al llarg del temps durant la infància, són un símptoma com a resposta a aquests trencaments constants del vincle afectiu (Bielsa, 2010). Aquests enfrontaments amb

la mare, també li han pogut generar a la Paula un sentiment de desvalorització, sentint que molesta als altres i que no és desitjada per ningú. Li poden generar una insuficiència narcisista, ja que no ha pogut incorporar a través de l'amor que li han donat els altres, la dosi necessària d'estimació cap a ella mateixa. Aquests comportaments i pensaments d'autolesió que manifesta, els podem valorar com una reacció de la pacient per poder cridar l'atenció del seu entorn, ja que sent que rep una atenció molt insuficient per part de la seva família i encara ella segueix esperant que arribi. Actualment presenta fracàs escolar que ho podem considerar com una conseqüència del procés migratori en l'etapa infanto-juvenil. El dol migratori pot produir; falta de memòria, de concentració i sensació de desorientació, conjuntament amb la insuficient estimulació cognitiva i la discontinuïtat en l'assistència escolar quan la pacient vivia a Hondures (Achotegui, 2009; Ajuriaguerra, 1996).

Seguidament, es van realitzar 5 entrevistes exploratòries amb la pacient per obtenir informació rellevant i poder posteriorment determinar un diagnòstic i un pla de tractament.

Pel que fa referència a la separació afectiva, la Paula refereix durant les entrevistes diverses situacions conflictives i d'enfrontaments amb la seva mare (li molesta tot allò que fa i diu ella). La pacient verbalitza que tracta amb menyspreu a la seva mare, l'insulta, sent molta agressivitat cap a ella i culpabilitat després per aquests sentiments hostils, sense comprendre el motiu que justifiqui aquests sentiments i conductes. Relata la Paula que no té cap record amb la seva mare fins que va tenir 10 anys, només té com a referent matern a la seva àvia paterna, que l'anomena "mami". La Paula refereix "em molesten les meves germanes petites, ja que sento que elles han estat més temps amb la meva mare que jo. Les estima diferent de com m'estima a mi. La meva mare em cuida perquè em té llàstima, ja que ha estat molt poc temps amb mi". Ens explica que al pare el veia només un cop al mes a casa de la seva àvia paterna, però mostrava indiferència cap a ella i la menyspreava dient que no era la seva filla. Això ho recorda la Paula amb dolor, ja que quan era molt petita sempre li feia il·lusió veure al seu pare, però ella sentia que ell la ignorava. En les sessions la pacient verbalitza "des que va morir la meva àvia paterna em sento que faig nosa a la família. Només em

vaig sentir estimada per ella”. Relata que tant a Hondures com a Santa Coloma de Gramenet ha patit varies agressions físiques pels familiars externs (àvia, tiet i tieta materna) quan ella no feia les coses com ells desitjaven. Sent que la seva mare mai l’ha protegit de cap situació traumàtica, al contrari, la Paula creu que ella sempre ha tingut que protegir a la mare. Tots aquests indicadors actuals en relació amb el vincle matern fan referència a algunes de les conseqüències produïdes per la discontinuïtat del vincle des d’una edat tan primerenca, ja que hi ha hagut un dèficit d’atenció afectiva, exposant a la pacient a situacions de molta desprotecció i sentiments d’abandonament (Bowlby, 1999).

Actualment, la Paula ha desenvolupat una sèrie de simptomatologies com a resposta a aquestes situacions estressants. La pacient somatitza manifestant dolor en les cames adormides, dolor en el pit, l’estómac i el cap principalment. Aquest conjunt de símptomes podrien ser una expressió somàtica relacionada amb el malestar generat pel procés del dol migratori, de les carencies afectives i de les dificultats d’adaptació en aquest nou entorn (Achetegui, 2009).

La Paula des de que va iniciar el procés migratori, ha tingut pensaments autolítics duent a terme ingesta de pastilles recentment i altres intents anteriors. Aquests pensaments autolítics es manifesten principalment quan està discutint amb la seva mare; “Aquests pensaments em venen per frenar les discussions amb la meva mare, perquè em vull fer mal perquè hem sentit culpable de no ser una millor filla i no vull sentir tant d’odi cap a ella. No m’agrada com sóc, em sento molt culpable per tot, sempre responc malament al meu voltant, sento a la gent que m’envolta com una amenaça per mi”, “Quan em prenc moltes pastilles és per relaxar-me i no fer-me més mal”. Aquests pensaments que la pacient verbalitza en relació amb els intents d’autolesió, podrien estar desencadenats per les carencies afectives i desproteccions viscudes (Bielsa, 2010). Tot això li genera un sentiment d’odi, principalment cap a la seva mare com a responsable última del seu malestar actual, conjuntament amb les emocions que s’activen en el dol migratori. Tots els elements mencionats anteriorment, ens fan concloure que la pacient es troba en un *dol migratori complicat*, ja que presenta

una sèrie de problemàtiques afegides que dificulten el procés del dol, encara que ella tingui possibilitats de poder elaborar-ho (Achotegui, 2009).

En referència a la situació actual en l'etapa infanto-juvenil, la Paula està en el període de l'adolescència, etapa en què es poden remoure altres dols a conseqüència de la pèrdua del rol infantil i mostrar problemes d'identitat pel canvi d'etapa i per la realitat bicultural (Marxen, 2007). La pacient menciona durant les entrevistes: "no m'agrada qui soc". És necessari estar alerta, ja que entra en un dol de pèrdua de la infantesa juntament amb altres dols no processats i degut això es troba en un moment de molta vulnerabilitat que requereix un seguiment professional proper.

Anàlisi de proves quantitatives i qualitatives

Per realitzar l'exploració diagnòstica de la pacient li hem aplicat proves qualitatives i quantitatives. Les proves de personalitat projectives que hem aplicat a nivell qualitatiu són *House, Tree and Person* (HTP) i *el Dibuix de l'Animal*. El projectiu HTP és el primer que es va aplicar a la pacient per tal de valorar el procés de l'inconscient a través del grafisme, ja que l'individu atribueix qualitats, sentiments i actituds en relació amb el seu medi. En el dibuix de la casa s'avalua la relació interfamiliar i la percepció d'un mateix en la realitat. Aquest dibuix es podria dividir en diferents indicadors: el sostre, la part central de la casa i el terra. En el dibuix de la Paula es pot observar un sostre gran i remarcadament, això pot ser un indicador d'una persona amb moltes fantasies i ansietats, però a la vegada intenta que estiguin controlades per por a que es facin realitat, ja que la descompensarien. Aquesta interpretació es podria vincular amb els pensaments d'autolesió de la pacient, conjuntament amb l'ansietat permanent que verbalitza i expressa amb les seves conductes. Aquesta ansietat que és recurrent i molt significativa en aquesta pacient, podria ser generada tant pel dol migratori com per les freqüents situacions de separació afectiva viscudes per la pacient (Achotegui, 2009; Lemay, 1979).

També s'observa en el dibuix de la casa una absència de la xemeneia que és un indicador de carència afectiva amb un sentiment de fredor i de falta de calor en la llar familiar. En el cas especí-

fic de la pacient aquesta carència afectiva que simbolitza aquest indicador, podria venir generada tant per la separació afectiva primerenca del vincle matern, com per la manca de la figura paterna i el constant canvi de referent afectiu. Això comporta que actualment en la seva construcció mental de la llar familiar, percebi una gran manca de calor afectiva. Tal com mostra la literatura més rellevant en aquesta temàtica, les famílies transnacionals poden desenvolupar conflictes afectius causats per la distància física entre els membres, produint en els infants carències afectives (Piras, 2016).

En la part central del dibuix de la casa, es pot observar també una porta petita i finestres dividides, que poden ser un indicador d'inhibició, introversió i por a les relacions socials. Aquesta por a les relacions socials és una de les característiques en els infants que han viscut de forma continuada separacions i discontinuïtat del vincle. Els adolescents amb manques afectives, l'àrea de les relacions socials és la més vulnerable, ja que es desenvolupen comportaments antisocials i dificultats en les relacions interpersonals (Bielsa, 2010). En el cas de la Paula, ella verbalitza actualment múltiples dificultats de relació amb els iguals dintre de l'escola, tenint constants enfrontaments amb els companys.

En l'observació del dibuix de la casa destaca també que no està sostinguda en el terra. Això pot ser un indicador de sentiment de desarrelament, falta d'estabilitat, sentiment de pèrdua de suport afectiu i inseguretat. Les carències afectives i el constant canvi de referent afectiu, pot generar angoixa de separació, sensació d'instabilitat interna i desvalorització, produïda per una manca d'estabilitat i equilibri durant les primeres etapes de la vida (Lemay, 1979). Això es pot observar en la interpretació del dibuix de la casa i en l'enquadra a l'esquerra que indica inseguretat, dificultats d'adaptació i dependència emocional.

En el dibuix de l'Arbre es projecta el sentiment més profund i primitiu de la personalitat. En el dibuix realitzat per la pacient destaca un tronc amb una lleugera amplitud a l'esquerra, sent això un indicador d'aferrament al passat, dependència, fixació i inhibició. Aquesta interpretació es podria vincular amb el procés del dol migratori, ja que és un dol múltiple que comporta moltes separacions

(Achotegui, 2009). El fet que surti aquest indicador és significatiu perquè ens assenyala que porta ja 2 anys en el país d'acollida i encara està processant aquest dol.

En les històries que va redactar la pacient en el dibuix de la Casa i en el de l'Arbre, ella projecta la seva vida a Hondures, la casa on vivia amb la seva àvia paterna i els arbres que cuidava cada dia i es menjava els fruits. En finalitzar la redacció de les històries, explica la pacient que troba a faltar les sensacions que tenia al seu país d'origen; l'olor, el menjar, les fruites, la textura de la terra, el paisatge, banyar-se al riu, les expressions verbals, els seus amics, etc. Tot això que va expressar durant la redacció de les històries, està vinculat directament amb el dol múltiple (la família i persones estimades, la llengua, la terra, la cultura, l'estatus social, el contacte amb el grup de pertinença i el risc per la integració de la persona) i el dol relacionat amb aspectes infantils molt arrelats. Aquests records de la infància i les seves vivències, condicionen la construcció de la personalitat, degut això quan la persona emigra està molt influenciada per tot allò viscut en un passat (Achotegui, 2012).

En el dibuix de la Persona s'avalua la projecció de la imatge corporal. La pacient realitza un dibuix de la Persona d'una noia molt petita en proporció al full. Aquest es un element que ens indica sentiment d'inferioritat, inseguretats, inhibició, tendència depressiva, falta de vitalitat, tendència a l'aïllament, dificultats per relacionar-se i baixa autoestima. Aquests indicadors ens reafirmen el seu sentiment de desvalorització i dificultats de relació, símptomes ja mencionats, que poden ser conseqüència de les carencies afectives i el sentiment d'abandó viscudes per ella. S'observa un dibuix molt senzill amb les mans amagades darrere l'esquena, això és un indicador de sentiment de culpabilitat, tendència a evadir els problemes i por a les relacions socials. Els ulls que dibuixa destacant les pestanyes és un indicador de seducció i l'expressió facial de serietat és un indicador de repressió d'agressivitat i de tensió. Aquest dibuix principalment projecte el seu sentiment d'inseguretats, d'aïllament social, tendència depressiva i repressió d'agressivitat cap al seu entorn. La història que redacta en relació amb el dibuix de la Persona, defineix el seu malestar actual dient "és una noia que a

vegades no se sap entendre i a vegades està molt sola”. La Paula se sent molt desorientada en el seu entorn actual i poc compresa emocionalment pels seus familiars, emocions que projecte en la història.

El segon test projectiu que vam realitzar va ser el *Dibuix de l'Animal*, on és projecten els conflictes actuals i la pròpia percepció de la realitat. En aquesta prova la pacient dibuixa un porc, enquadrat a l'esquerra i amb un traç irregular. L'elecció del dibuix del porc pot representar una identificació de pobresa, autodesvalorització i autoconcepte negatiu, ja que aquest animal és molt útil però té poc valor en si mateix. El dibuix enquadrat a l'esquerra representa vivències del passat, experiències de la infància i introversió. El traç irregular representa inseguretats i falta de constància en l'acció. Relata la història d'un porc que està en una granja tancat, amb molta ansietat i desitjant sentir-se lliure fora de la granja. La pacient m'explica que ella també sent aquesta ansietat quan està dintre de casa seva. El significat de dibuixar un porc remarca la seva inseguretats i desvalorització que percep en relació amb el seu entorn. També és un indicador que reflecteix les carencies afectives que ha viscut a conseqüència de la separació afectiva amb el vincle matern, generant-li sentiment de desvalorització i inseguretats en el seu entorn, tenint la creença que només és útil fent coses mecàniques que no requereixen de cap esforç intel·lectual. Ella es pot identificar amb el porc, ja que a Hondures els seus familiars “la utilitzaven” només per fer les tasques de la casa i del camp sense fomentar-li les seves capacitats intel·lectuals ni valorar-la emocionalment.

En les proves quantitatives es va aplicar *l'Inventari de Depressió de Beck-II* (BDI-II), *l'Escala d'intel·ligència de Weschsler per nens-V* (WISC-V) i *l'Inventari Clínic per Adolescents de Millon* (MACI). La prova BDI-II es va aplicar per valorar els símptomes clínics actuals que corresponen al trastorn de depressió. La prova va obtenir una puntuació de 49 punts (29-63 depressió greu), per tant, ens indica un *grau de depressió greu*. Les puntuacions obtingudes més significatives són: el sentiment de culpabilitat (“em sento culpable de tot allò que m'ha succeït a la meua vida”), insatisfacció amb ella mateixa (“no serveixo per res, no confio en les coses que faig”), agitació (“he

d'estar en constant moviment i fent coses”, “menjo amb ansietat, no puc parar de menjar i cada cop vull més”), indecisió (“tinc dificultats en escollir les coses perquè no sé què li pot agradar a l'altre, tinc por que a l'altre no li agradi allò que he escollit”), irritabilitat (“em sento molt enfadada amb el meu entorn, sobretot amb la meua mare”), dificultats en la concentració (“em costa estar concentrada en l'escola, no entenc res”) i pensament suïcida (“em vull clavar un ganivet a la panxa”). Aquests indicadors relacionats amb símptomes depressius significatius, són una de les característiques principals que es manifesten en el *dol migratori* i les carencies afectives. El *dol migratori* activa l'àrea de la depressió, generant una tristesa melancòlica produïda per l'abandó del país d'origen (Achotegui, 2009). Però cal tenir en compte, que degut a la vulnerabilitat de l'etapa infanto-juvenil, el fet de viure un procés migratori i la separació afectiva en una edat primerenca, es poden manifestar símptomes afectius com; desvalorització, sentiment de culpa i abandó, agressivitat reactiva, amenaces suïcides i ansietat, principalment (Ainsworth, 1961).

La prova cognitiva WISC-V es va aplicar per valorar les capacitats intel·lectuals de la pacient, ja que un dels indicadors principals de les carencies afectives i del procés del *dol migratori* en l'etapa infanto-juvenil és la falta d'estímul sociocultural, alentiment en el desenvolupament cognitiu i afectació i retard en la capacitat intel·lectual, produint això fracàs escolar. Durant l'aplicació de la prova observem grans dificultats en la pacient per entendre les nostres indicacions, fet que comporta les següents puntuacions que es mostren a la taula 1 i la taula 2:

Taula 1.

Resultats Puntuacions Escalars Subtest de l'Escala d'intel·ligència de Weschsler per nens-V (WISC-V)

Subtest	Suma puntuacions escalars
Cubs	3
Semblances	1
Matrius	1
Dígits	6
Claus	5
Vocabulari	1
Balances	5
Puzles Visuals	2
Span de dibuixos	5
Recerca de símbols	5

Taula 2.

Resultats Puntuacions Compostes de l'Escala d'intel·ligència de Weschsler per nens-V (WISC-V)

Escala	Suma puntuacions escalars	Puntuacions compostes
Comprensió Verbal (ICV)	2	45
Visuoespacial (IVE)	4	53
Raonament Fluid (IRF)	5	58
Memòria de Treball (IMT)	8	67
Velocitat de Processament (IVP)	10	72
Escala Total (CIT)	18	50

En la Taula 1. és pot observar els resultats obtinguts en els subtests del WISC-V. Les puntuacions més baixes son a *semblances*, *matrius* i *vocabulari*. El subtest de *semblances* i *vocabulari* construeixen l'escala de *comprensió verbal*, la qual obté una puntuació molt baixa, tal com es pot observar a la Taula 2. La pacient mostra dificultats en la capacitat de raonament, expressió verbal i formació de conceptes. En l'escala *visuoespacial*, està constituïda pels subtests de *cubs* i *puzlesvi-*

suals, ella també obté una puntuació molt baixa, mostrant dificultats en la comprensió de relació espacial i en la construcció de dissenys geomètrics. Les puntuacions que mostra en aquesta prova poden reflectir un dèficit intel·lectual entre lleu i moderat, ja que obté un coeficient intel·lectual de 50 (en una escala de 160), que pot estar influenciada per totes les circumstàncies viscudes per la pacient. S'ha de considerar que el procés migratori pot produir confusió, sensació de pèrdua de memòria i falta de concentració (Achotegui, 2009). Aquestes carencies afectives ja comentades anteriorment i vinculades a la discontinuïtat del vincle matern, poden produir alentiment del desenvolupament cognitiu, retard intel·lectual, trastorn del llenguatge i desorientació temporal (Ainsworth, 1961; Lemay, 1979). Conjuntament a tots aquests factors mencionats, és important tenir en compte el país d'origen i l'estabilitat de l'assistència escolar viscuda a causa de les seves circumstàncies i si aquestes han pogut desencadenar una falta d'estimulació cognitiva. Tots aquests factors de carencies afectives, traumes, dols no resolts i falta d'estimulació, juntament amb la seva càrrega genètica, pot comportar que en l'actualitat aquesta pacient obtingui a través del WISC-V un dèficit d'intel·ligència lleu o moderat.

Per últim, vam aplicar a la pacient la prova quantitativa de *l'Inventari Clínic per Adolescents de Millon* (MACI), per tal de fer un estudi sistemàtic de la personalitat i de la presència de símptomes clínics. En aquesta prova destaquen puntuacions extremadament baixes per la negació dels seus conflictes actuals; conflictes relacionals amb la mare, possible abús sexual per part de la parella actual de la seva mare, abús sexual viscut a la infància i conflicte actual amb la família extensa (tiets) que viu a Santa Coloma de Gramenet. En l'ítem *discordança familiar* obté una puntuació de 9 (en una escala de 115), per tant, està negant que actualment hi ha conflictes familiars. En l'ítem *disgust amb el mateix cos* obté una puntuació de 16 (en una escala de 115), que es contradia amb allò que la pacient ha verbalitzat prèviament "no m'agrada res de mi, m'agradaria ser una altra persona". Aquestes dues puntuacions tan significatives per la baixa puntuació, ens indica dificultats d'acceptació de la seva realitat i també una tendència a autoenganyar-se degut a una possible im-

maduresa afectiva. Obté puntuacions altes en *inseguretat amb els iguals* (puntuació 96), *introversió* (puntuació 72), *inhibició* (puntuació 71) i *insensibilitat social* (puntuació 68). Les altes puntuacions d'*introversió* i *inhibició*, manifesten una de les característiques principals de la seva personalitat que li ha fet no cridar l'atenció en el seu entorn, facilitant així la manca d'atenció per part dels seus familiars. Els seus intents de suïcidi actuals, està facilitant que la família és mobilitzi al voltant d'ella per atendre-la. En les visites en el CSMIJ, no s'observa un comportament d'inhibició, ja que mostra molta necessitat d'evacuar tots els seus pensaments d'una forma desorganitzada, però sense tenir l'objectiu de comunicar-se, només vol "expulsar" els pensaments a fora. L'ítem d'*inseguretat amb els iguals* pot reflectir la seva dificultat per adaptar-se al nou entorn i també pot generar-li un aïllament social.

Pla de Tractament

Després d'haver aplicat les proves quantitatives, qualitatives i entrevistes exploratòries, podem ja determinar una hipòtesi de diagnòstic i pla de tractament.

Com a hipòtesi de diagnòstic podríem determinar un *trastorn per adaptació* a causa del dol migratori complicat, *trastorn del vincle* per la separació afectiva amb el vincle matern i un *dèficit intel·lectual lleu* possiblement a conseqüència de la manca d'estimulació cognitiva i per les seves circumstàncies vitals ja mencionades. Considerem necessari realitzar dues indicacions de tractament terapèutic per treballar el dol migratori i el vincle matern.

Moro (2004) menciona la importància de realitzar teràpia grupal per treballar elements culturals i el procés migratori, ja que el grup permet que l'experiència de cada individu es potenciï mútuament. En la societat l'individu interactua amb el grup, d'aquí la importància de treballar les emocions en un grup terapèutic. A causa de la importància dels grups terapèutics es considera adient per elaborar el dol migratori, la inclusió de la pacient en un *grup terapèutic de dol migratori amb adolescents* que estan vivint la mateixa situació que ella. En aquest grup l'objectiu principal seria treba-

llar els dols no resolts, el xoc cultural, experiències traumàtiques viscudes i simptomatologies depressives, d'ansietat i somatitzacions que s'han pogut manifestar després de la migració. Aquest grup proporcionaria als participants un enfortiment de l'autoestima com a grup cultural i s'establirien relacions entre tots ells a través de les dinàmiques de grup. L'estructura del *grup terapèutic de dol migratori amb adolescents* estaria constituïda per 9 sessions distribuïdes en una setmanal d'una hora i mitja i integrada per 6 pacients. El grup seria tancat, semidirigit per dos psicòlegs i estaria focalitzat a pacients d'origen de Sud-amèrica no diagnosticats de psicopatologies greus prèvies. La distribució del contingut i la dinàmica del grup seria la següent; en la primera sessió es realitzaria una presentació del grup, dels objectius, del setting i cada participant es presentaria a través d'una activitat dinàmica proposada. La segona estaria focalitzada en treballar fotografies del país d'origen vinculat amb records de la infància, expressarien de forma gràfica allò que més troben a faltar d'allà i verbalitzarien que és el que viuen amb més nostàlgia a nivell sensorial de la seva procedència. En la tercera sessió es treballaria el moment en què comença el procés migratori en la seva família, com s'assabenten de l'emigració del familiar (mare o pare), quina és la nova referent afectiva, com recorden aquell moment de separació familiar, com ho van gestionar i si van mantenir el contacte amb el familiar que havia emigrat. En la quarta es treballaria el moment en què el pacient emigra al país d'acollida; com va ser el procés migratori, com va viure el retrobament familiar i com es va acomiadar del seu país d'origen. La cinquena sessió es reflexionaria sobre les il·lusions, les fantasies amb les quals van arribar a Espanya i el xoc cultural que van viure. En la sisena es realitzaria una activitat dinàmica que proposaria dibuixar allò que representa el seu passat i el seu present, treballant així el dol migratori i l'adaptació a la situació actual. En la setena sessió es treballaria les expectatives del futur i les fantasies de retorn al país d'origen. En la vuitena es plantejarien respostes als conflictes actuals i es proporcionarien eines per aprendre a gestionar d'una forma saludable els seus conflictes i ansietats. Per últim, en la novena sessió s'analitzaria el sentiment d'identitat i relació amb els iguals, conjuntament amb una dinàmica de tancament del grup terapèutic.

En segon lloc, després d'haver finalitzat les 9 sessions del grup terapèutic, s'iniciarien les sessions individuals amb la mare i la Paula, i conjuntament amb les dues. Les sessions individuals amb la mare tindrien una freqüència d'una sessió quinzenal durant un trimestre i l'objectiu seria que ella pogués treballar el vincle amb la seva filla i potenciar la seva capacitat de comprensió de la situació emocional actual cap a la Paula. Les sessions individuals amb la Paula tindrien una freqüència d'una sessió quinzenal durant 1 any i després sessions de control per valorar la seva evolució. L'objectiu d'aquestes sessions amb la pacient seria treballar principalment els seus traumes, les seves fantasies, les dificultats de relació social, el seu sentiment de culpabilitat de les seves vivències i treballar el procés de canvi d'etapa evolutiva actual des de la infantesa a l'adolescència. També s'observarien i s'analitzarien totes les emocions viscudes dintre del grup terapèutic, per poder acompanyar-la, facilitant així la seva integració. S'ha considerat adient realitzar psicoteràpia individual perquè facilita a l'individu una actitud dirigida a l'autocomprensió, una major tolerància i millor gestió davant les dificultats internes i externes i un acompanyament del terapeuta en el creixement personal, oferint així una nova experiència de relació. També proporciona un clima de llibertat d'expressió, sinceritat i confiança sent això molt beneficiós per enfortir-se internament (Coderch, 2012). Per tot això, considerem adient realitzar una psicoteràpia individual tant a la pacient com a la mare.

Paral·lelament, es realitzarien sessions de teràpia familiar mare i filla un cop al mes, per reforçar el seu vincle i poder treballar alguns aspectes que hagin sortit en les sessions individuals que puguin beneficiar aquest vincle maternofilial. S'ha considerat adient realitzar teràpia familiar perquè és una tècnica que considera a l'home com un membre actiu i reactiu al grup social i no com un ésser aïllat. La teràpia familiar treballa i intenta modificar l'organització de la família i consegüentment modifica la posició dels membres en el grup i així l'experiència individual de cada indi-

vidu (Minuchin, 1974). En aquest cas, la teràpia familiar pot ser molt beneficiós per treballar el vincle maternofilial i generar una dinàmica familiar més saludable.

A través d'aquest pla de tractament; el grup terapèutic del dol migratori amb adolescents i les sessions individuals i conjuntes amb la mare, es podria així treballar les carencies afectives de la pacient i enfortir el vincle amb la mare, com també tota la problemàtica que s'activa amb el dol migratori.

Conclusions

Amb la realització d'aquest estudi, pel que fa al dol migratori, s'ha pogut observar a través de la pacient totes les característiques i conseqüències d'aquest dol que exposa la literatura científica existent. El cas analitzat a través de les proves aplicades, mostra amb claredat elements propis del dol migratori, ja que la pacient troba a faltar els vincles afectius del país d'origen, la terra, els costums gastronòmics, les tradicions, etc. sent això un dels elements que li dificulten l'adaptació al país d'acollida. La pacient actualment mostra alts nivells d'estrès i ansietat, ja que el procés migratori l'ha pogut exposar a situacions de risc. La migració l'ha fet viure situacions de separacions familiars constants, tant quan la mare ha emigrat dintre del país d'origen, com quan la pacient va emigrar al país d'acollida actual, generant-li això un sentiment de soledat i abandonó. També ha presentat símptomes depressius, d'ansietat, somàtics i confusionals, característiques pròpies del dol migratori i que actualment la pacient expressa en les entrevistes exploratòries.

Pel que fa a les separacions afectives que es donen en la infància transnacional, hem pogut analitzar que la pacient ha patit diversos trencaments, canvis de cuidadors i discontinuïtat del vincle matern produint-li carencies afectives. Mostra una relació conflictiva amb la mare, ja que percep un sentiment d'abandonament per part seva i la fa responsable d'aquest malestar i sentiment de desprotecció. Podem observar que el trencament del vincle matern des d'una etapa primerenca, ha afectat significativament a la pacient, ja que expressa un sentiment de desvalorització, baixa autoestima i

inseguretat, a causa de les contínues separacions. Aquestes carències també es manifesten en la pacient qualitativament a través d'una lentitud en el desenvolupament intel·lectual per falta d'estimulació afectiva i sociocultural, produint també alentiment en el desenvolupament afectiu i símptomes somàtics ja mencionats anteriorment. El vincle afectiu continuo és imprescindible per un bon desenvolupament cognitiu-afectiu, construint així un aferrament segur, element que en la pacient ha quedat alterat per la migració i les separacions afectives reiterades.

Per últim, pel que fa a les característiques pròpies de l'etapa infanto-juvenil que es donen aquest cas, podem veure que la pacient està en l'etapa de l'adolescència, deixant el rol infantil i vivint un dol de canvi d'etapa, afegint nous problemes d'identitat. El cas analitzat mostra un doble conflicte d'identitat, ja que col·lisiona el canvi cultural a conseqüència de la migració i el canvi corporal a causa de l'adolescència. Tal com mostra la literatura més rellevant en aquesta temàtica, la pacient al ser una adolescent que ha viscut separacions afectives i actualment es troba en un procés de dol migratori, està exposada a una situació de vulnerabilitat produint-li problemes en el comportament, violència verbal cap a la mare, amenaces suïcides i problemes de relació social.

Els resultats d'aquest estudi ens porta a reflexionar sobre l'impacte que té en els infants i adolescents el procés migratori, fet que cada dia és més freqüent en la nostra societat i no se li dóna la suficient rellevància. També ens permet reflexionar sobre l'impacte emocional que genera la separació del vincle afectiu, tant a causa de la migració com per un altre motiu. Això pot produir conseqüències afectives, condicionant així la forma en com es vincularan els infants en un futur i les eines a utilitzar per gestionar les carències afectives. Ser conscient d'aquests factors i les seves conseqüències, ens ajuda en la pràctica clínica a tractar d'una forma més especialitzada i rigorosa aquests casos. En la pràctica clínica els elements recollits en aquest estudi poden facilitar eines per poder realitzar un diagnòstic correcte, afavorint així un treball terapèutic òptim. Malgrat que els resultats del treball no es poden extrapolar en tractar-se d'un estudi de cas, l'anàlisi d'aquesta pacient

aporta claredat respecte a les dificultats que travessen els infants transnacionals que han viscut un procés migratori.

Com a limitacions del treball, cal assenyalar el fet de no poder realitzar anotacions durant les visites realitzades, falta de continuïtat setmanal, falta d'experiència professional que pot haver dificultat les observacions i l'aplicació de les proves.

Com a futures línies d'investigació, seria interessant afegir els estudis en l'àmbit de la temàtica de l'abús sexual, que malauradament, és molt present en aquests casos. Valorar com afecta això al vincle maternofilial i analitzar com pot beneficiar en els menors immigrants un bon seguiment i acompanyament en l'adaptació escolar en el país d'acollida.

Agraïments

En primer lloc, agraeixo a la tutora del Treball de Final de Màster de Psicologia General Sanitària, la Dra. Berta Aznar Martínez, per acompanyar-me i orientar-me en el seguiment de l'estudi. També a l'equip del Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de Santa Coloma de Gramenet per proporcionar-me i permetre l'anàlisi de la pacient exposada. Agraeixo a la pacient i a la seva família d'aquest cas clínic per la seva col·laboració. Finalment, a la meva família per acompanyar-me, donar-me suport i orientar-me en la realització del Treball.

Referències

- Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Psicopatologia, salud mental, 11*, 15-25.
- Achotegui, J. (2009). *Emigrar en el siglo XXI: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple- Síndrome de Ulises*. Ediciones El Mundo de la Mente.
- Achotegui, J. (2012). Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises. *Revista de psicología, Ciència de l'Educació i de l'Esport, 30*, 79-86.
- Achotegui, J. (2020). *Emigrar: de derecho a delito*. Público: Salud mental en tiempos difíciles.
- Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de psiquiatria infantil*. Barcelona: Editorial Masson.
- Ainsworth, M. D. (1961). Las repercusiones de la carencia materna, en la carencia de los cuidados maternos: Reevaluación de sus efectos. *Geneve, 14*, 95-168.
- Bielsa, A. (2010). Carencia afectiva. Recuperado de http://www.centrelondres94.com/files/carencia_afectiva_1.pdf
- Beck, A. (2011). *Inventario de depresión de Beck-II*. Pearson Edición.
- Bowlby, J. (1983). *La perdida del vinculo: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *El vinculo afectivo*. España: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1999). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Céspedes, Y. y Huey, S. (2008). Depression in Latino adolescents: a cultural discrepancy perspective. *Cultural diversity and ethnic minority psychology, 14*, 72-168.
- Coderch, J. (2012). *La relación paciente-terapeuta: El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Colección salud mental, Fundació Vidal i Barraquer. Editorial Herder
- Espeso, D. (2009). Estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) en población infantil, desde una perspectiva multicultural. *Revista d'atenció precoç, 30*, 21- 37.
- González Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Revista del departament de Trabajo Social, 7*, 77-97.

- Gutiérrez López, M. L. (2010). Psiquiatría transcultural. A propósito de un caso. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, 639-644.
- Lemay, M. (1979). *J'ai mal a ma mere*. Paris: Fleurus.
- Marxen, E. (2007). Duelo migratorio y bandas juveniles. *Revista Psicopatología, salud mental*, 9, 57-64.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa
- Molina Vives, M. (2011). *Trastornos del vínculo en la infancia: Separación y deprivación, trastornos reactivos del vínculo*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Moro, M. R. (2004). ¿Por qué crear dispositivos específicos para los inmigrantes y sus niños? La experiencia francesa. *Revista Psicopatología, salud mental*, 4, 69-80.
- Peña, M. A. (2008). Intervención del equipo técnico en punto de encuentro familiar. *Psicología de juzgados de familia*, 476-480.
- Piras, G. (2016). Emociones y Migración: las vivencias emocionales de las hijas y los hijos que se quedan en origen. *Psicoperspectivas: individuo y sociedad*, 15, 67-77.
- Rocher, K. (2016). *Casa, arbol, persona: Manual de interpretación*. Kaicron edición.
- Salvador Sánchez, I. (2001). La emigración como proceso de duelo. Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 82, 57-64.
- Tizón, J. (2013). *Pérdida, pena, duelo: Vivencia, investigación y asistencia*. Barcelona: Colección Salud Mental.
- Wechsler, D. (2007). *WISC-V: Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V*. Madrid: TEA.
- Winnicott, D. W. (1991). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

ANNEXOS

ANNEX 1

TAULA ADHOC

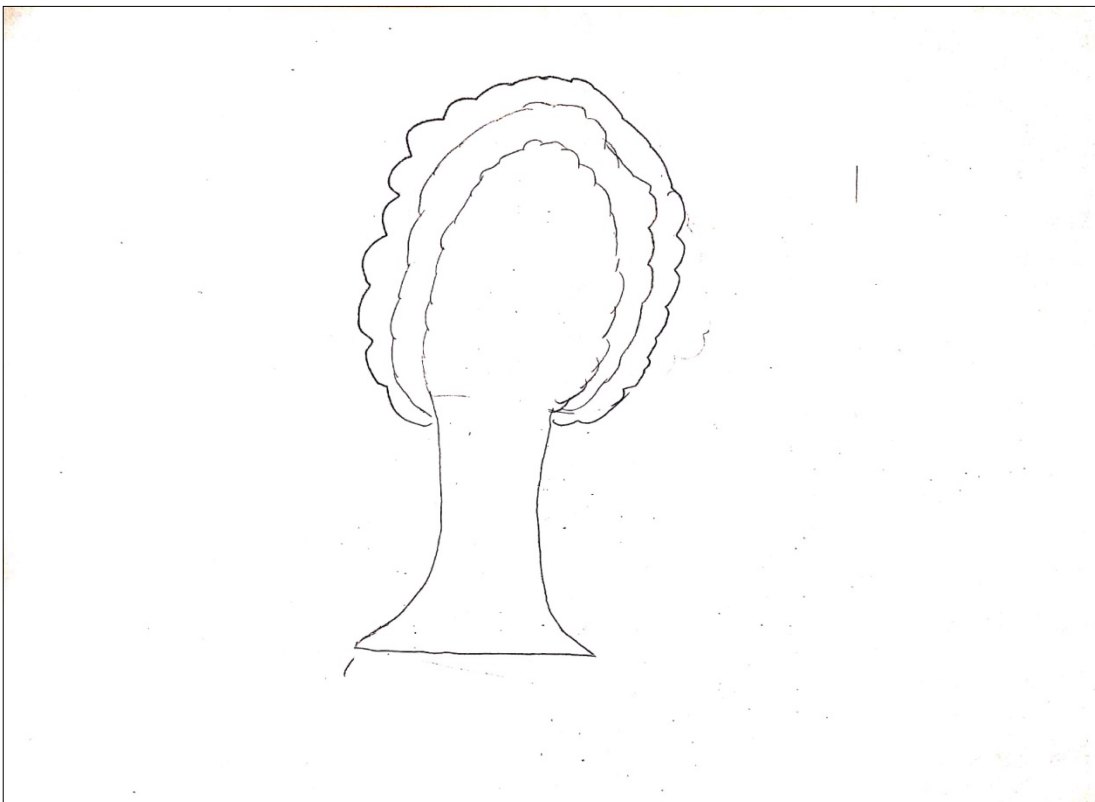
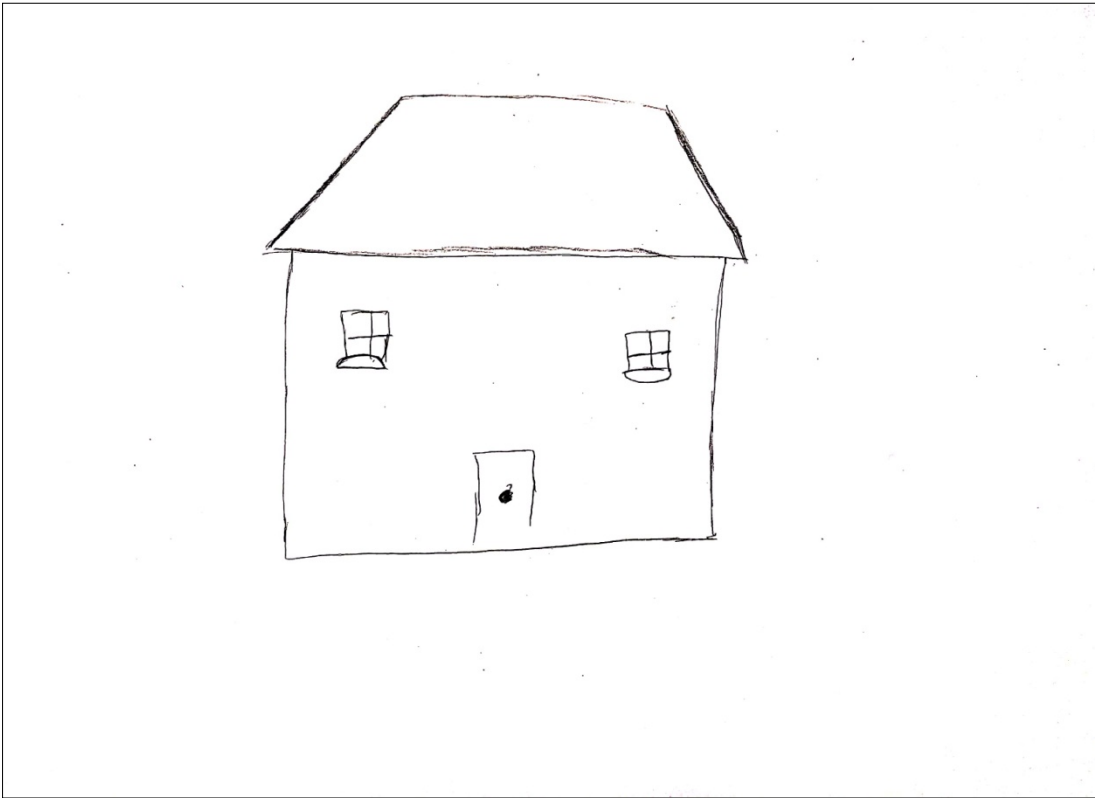
DIMENSIONS D'ANÀLISI	CATEGORIA	INDICADORS
Dol Migratori	Dol Múltiple	Factor estressor Síntomes depressius Discrepància cultural Projecte personal
	Factor de Risc	Ambivalència afectiva Vulnerabilitat Transgeneracional Família Transnacional
Separació Afectiva	Discontinuitat del vincle	Sentiment d'abandó Sentiment de culpabilitat Alentiment en el desenvolupament afectiu i cognitiu Remplaçament de la figura afectiva
	Carència afectiva	Síntomes somàtics Síntomes cognitius Síntomes afectius
Etapa Infanto-Juvenil	Realitat Bicultural	Problemes d'identitat Record de la infància relacionat amb el país d'origen Dol adolescència Fracàs escolar

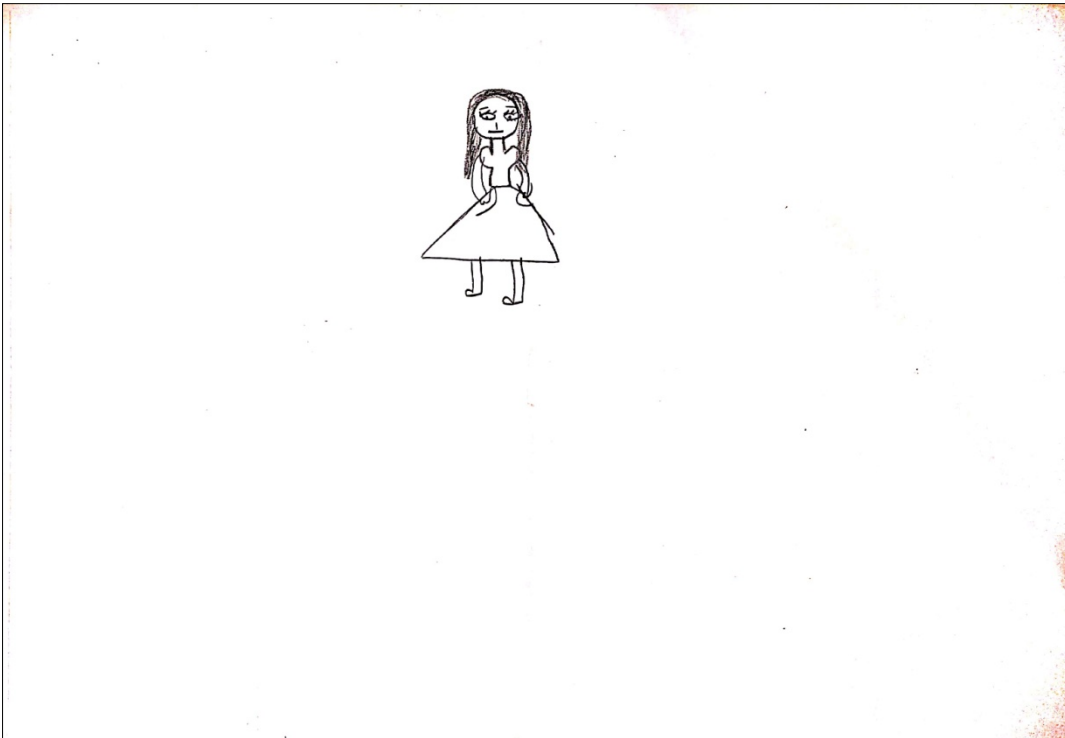
ANNEX 2

PROVES PROJECTIVES

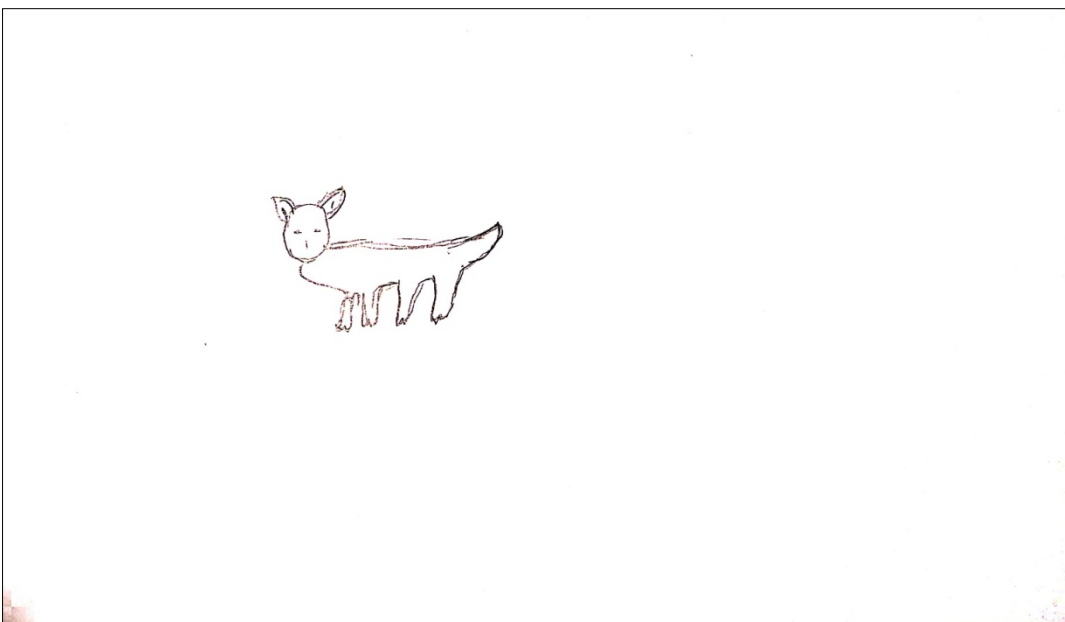
Annex 2. Proves Projectives

Prova projectiva: House, Tree and Person





Prova projectiva: Dibuix de l'Animal

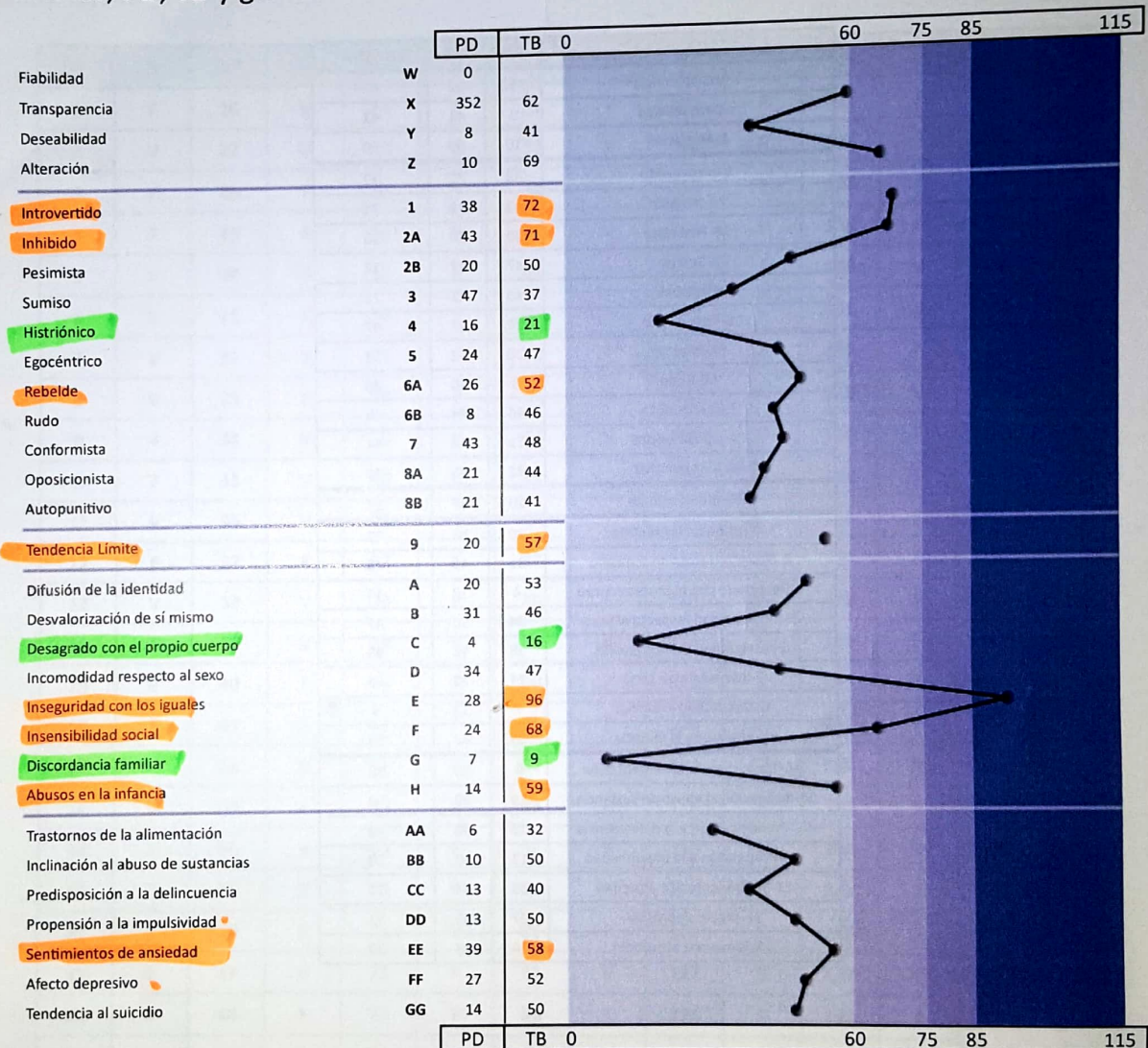


ANNEX 3

PROVES QUANTITATIVES

Annex 3. Resultats del 'Inventari Clínic per Adolescents de Millon (MACI)

Escalas, PD, TB y gráfico asociado



Código: ****-*12A/E**-*F//**-*//**

Annex 3. Resultats l'Escala d'intel·ligència de Weschsler per nens-V (WISC-V)

Página de resumen

Conversión de puntuaciones directas a puntuaciones escalares

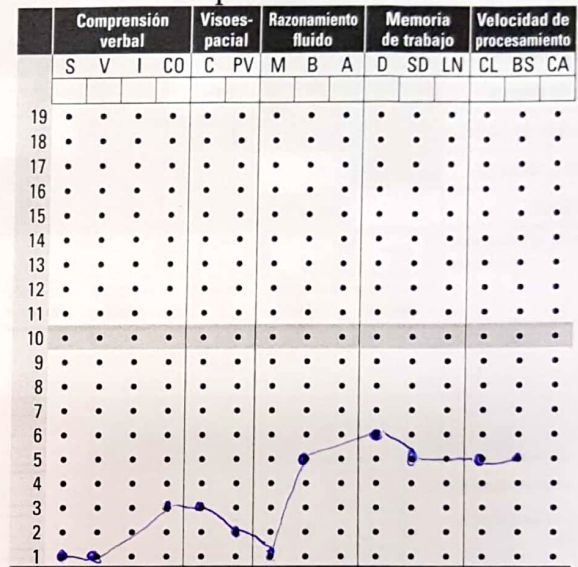
Prueba	PD	Puntuación escalar					
Cubos	19		3			3	
Semejanzas	12	1				1	
Matrices	7			1		1	
Dígitos	21				6	6	
Claves	38					5	
Vocabulario	18	1				1	
Balanzas	15			5		5	
Puzles visuales	6		2			(2)	
Orden de dibujos	21				5	(5)	
Búsqueda de símbolos	16					5 (5)	
Información						()	
Letras y números						()	
Cancelación						()	
Comprensión	16					(3)	
Aritmética						()	
Suma puntuaciones escalares		2	5	6	11	10	22
		Comp. verbal	Visoespacial	Razon. fluido	Mem. trabajo	Vel. proces.	Escala total

34

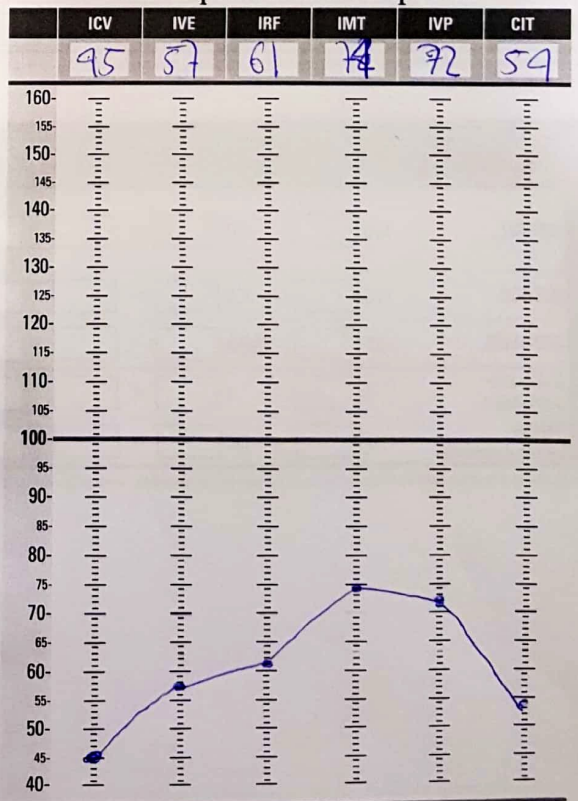
Conversión de suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Escala	Suma punt. escalares	Puntuación compuesta	Rango percentil	Intervalo de confianza 90% o 95%
Comprensión verbal	2	ICV 45	101	42-60
Visoespacial	5	IVE 57	02	53-70
Razonamiento fluido	6	IRF 61	05	56-71
Memoria de trabajo	11	IMT 79	4	68-84
Velocidad procesamiento	10	IVP 72	3	66-81
Escala total	22	CIT 59	07	50-63

Perfil de puntuaciones escalares



Perfil de puntuaciones compuestas



Declaració d'autoria Treball Final de Màster de Psicologia General Sanitària

“Declaro que aquest treball és original i ha estat realitzat per mi mateixa, sense haver utilitzat altres fonts o ajudes diferents, sense ser referenciades. També he assenyalat la procedència dels fragments literals, o de contingut, que he pres de tercers”

Inés Molist Blanquer

Signatura

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Inés Molist Blanquer', written diagonally across the page.