
This is the **published version** of the article:

Beraldo, Virginie; Hills Zárate, Margaret, dir. Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) y Danza Movimiento Terapia (DMT) : revisión bibliográfica y proyecto piloto destinados a explorar la acogida y los eventuales aportes de la DMT a personas con el síndrome dentro de un modelo de atención multidisciplinaria. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, gener 2020. 98 pàgines.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/222208>

under the terms of the  license

Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)
y Danza Movimiento Terapia (DMT).

Revisión bibliográfica y proyecto piloto destinados a explorar la acogida y los eventuales aportes de la DMT a personas con el síndrome dentro de un modelo de atención multidisciplinaria.



(Bruno Catalano, *Voyageurs: Le grand Van Gogh*)

Tesina de Máster en Danza Movimiento Terapia
Universidad Autónoma de Barcelona
Virginie Beraldo
Tutora: Margaret Hills de Zarate
Enero de 2020

“Nadie es mi nombre, y Nadie me llaman mi madre y mi padre y todos mis compañeros.” (*Odisea*, canto IX, 360)

“Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad, ni autoestima, ni integración social. Y así tampoco puede haber salud mental.” (Achotegui, 2012, p.12)

Agradecimientos

Agradezco a mi tutora por haberme inspirado desde el día en que la conocí y por haberme dedicado tiempo, atención, simpatía y paciencia. Agradezco a mis profesores por compartir sus conocimientos y haberme encaminado hacia algo que va más allá de un cambio profesional... La Danza Movimiento Terapia me ayudó a re-encontrarme personalmente, profesionalmente y me abrió las puertas de un mundo posiblemente diferente. Gracias también a mis compañeras de Máster, especialmente a mis estrellas hermosas, por compartir y enriquecer este camino.

Agradezco a mi familia y amigos por su apoyo, por seguir preguntando e intentando entender qué es la Danza Movimiento Terapia... A mis primas por ser unas alegres guerreras *de y con* las que aprender. A mi querida Marnie por su gran ayuda con las figuras presentadas en este trabajo.

Gracias a mis maestras y alumnas de danza, con las que aprendo cada día, especialmente a Ana Carolina por invitarnos a abrir nuevos caminos interiores de conciencia.

Agradezco infinitamente a mi terapeuta, acompañante, guía e inspiración, por su apoyo y su generosidad en todo este proceso.

Y, para terminar, agradezco a Ali por haber confiado en mí y haberme concedido el privilegio de compartir con él un pedacito de su camino barcelonés. Un camino hecho de obstáculos, dolor y tristeza, pero también de paciencia, aceptación y fe. Sus manos juntas, palma contra palma, al danzar libremente, aún se mueven sinuosamente con gracia y delicadeza en mis recuerdos.

A mi padre, a Samir y a todos los demás caminantes.

Índice

Resúmenes	6
1. Introducción	8
1.1. Motivación del trabajo.....	8
1.2. Enfoque y presentación del trabajo.....	10
1.3. Contexto socio-político.....	11
2. Marco teórico	15
2.1. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises.....	15
2.1.1. Definición, origen y factores de riesgo.....	15
2.1.2. Fenómenos migratorios y estresores.....	18
• <i>Proceso de adaptación</i>	18
• <i>Duelo migratorio</i>	21
• <i>Estresores</i>	23
2.1.3. Clínica del Síndrome de Ulises.....	25
• <i>Sintomatología</i>	25
• <i>Diagnóstico diferencial, enfoque multidisciplinar y “Escala Ulises”</i>	29
2.2. La Danza Movimiento Terapia.....	32
2.2.1. Definición y consideraciones culturales.....	32
2.2.2. Técnicas y conceptos de DMT que podrían resonar con el SU.....	34
• <i>El espacio seguro</i>	34
• <i>El setting grupal y el ritmo</i>	37
• <i>El mirroring</i>	39
• <i>Estar enraizado y presente</i>	40
• <i>Conciencia corporal y procesamiento emocional</i>	42
• <i>Enacción, flexibilidad y resiliencia</i>	46
• <i>La(s) identidad(es) en movimiento</i>	48
• <i>En conclusión</i>	49
3. Proyecto piloto	50
3.1. Presentación de un proyecto piloto con métodos mixtos.....	50
3.2. Diseño de la investigación.....	53

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.....	53
• <i>Sintomatología</i>	53
• <i>Género</i>	54
• <i>Edad</i>	54
• <i>Proveniencia e idioma</i>	54
3.2.2. Consentimiento informado y consideraciones éticas.....	54
3.2.3. Diseño de la intervención de DMT.....	56
• <i>Número de participantes y tipo de grupo</i>	56
• <i>Horizonte temporal</i>	56
• <i>Ámbito de referencia</i>	57
• <i>Conducción de las sesiones</i>	57
• <i>Sobre el tipo de intervención</i>	58
3.2.4. Recogida de datos.....	59
• <i>Entrevistas individuales a los participantes</i>	59
• <i>Escala de bienestar de Warwick-Edinburgh</i>	61
• <i>Entrevista a las terapeutas</i>	62
3.2.5. Análisis y almacenamiento de datos.....	62
3.2.5. Para resumir.....	63
4. Conclusiones	65
Referencias bibliográficas	69
Anexos	80
1. Escala Ulises.....	80
2. Hoja de ruta para la conducción de las sesiones de DMT.....	81
3. Consentimiento informado del participante.....	88
4. Guía Entrevista 1.....	91
5. Guía Entrevista 2.....	93
6. Guía Entrevistas Terapeutas.....	94
7. Escalas de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh.....	95
8. Tablas de análisis de datos.....	97

Resúmenes

Resumen

Este trabajo quiere crear un puente entre el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, también denominado Síndrome de Ulises, y la Danza Movimiento Terapia (DMT). Por una parte, explica el origen y las características del síndrome desde una perspectiva psico-social, así como la necesidad de diagnóstico diferencial y de atención multidisciplinaria debido a su peculiar sintomatología. Por otra parte, revisa las aportaciones del campo de la DMT que podrían tener relevancia al momento de acompañar terapéuticamente a personas con el síndrome. Se presta una atención especial a técnicas y herramientas como el *grounding*, la conciencia corporal, el *mirroring*, el ritmo, y a conceptos como la identidad, la resiliencia, la enacción y la flexibilidad. Finalmente, se presenta un proyecto piloto de tipo mixto destinado a explorar la acogida y los eventuales aportes a nivel de salud mental de la DMT con personas diagnosticadas de Síndrome de Ulises.

Palabras claves: Síndrome de Ulises, inmigración, Danza Movimiento Terapia, salud mental, proyecto piloto mixto.

Resum

Aquest treball pretén crear un pont entre el Síndrome de l'immigrant amb estrès crònic i múltiple, també conegut com Síndrome d'Ulisses, i la Dansa Moviment Teràpia (DMT). D'una banda, explica l'origen i les característiques del síndrome des d'una perspectiva psicosocial, així com la necessitat de diagnòstic diferencial i d'atenció multidisciplinària a causa de la seva peculiar simptomatologia. D'altra banda, revisa les aportacions del camp de la DMT que podrien tenir una especial rellevància al moment d'acompanyar

terapèuticament a persones que pateixen del síndrome. És presta una especial atenció a tècniques i eines com el *grounding*, la consciència corporal, el *mirroring*, el ritme grupal, i a conceptes com la resiliència, la identitat, la enacció i la flexibilitat. Finalment, es presenta un projecte pilot de tipus mixt destinat a explorar l'acollida i les eventuais aportacions en salut mental de la DMT amb persones diagnosticades de Síndrome d'Ulisses.

Paraules claus: Síndrome d'Ulisses, Immigració, Dansa Moviment Teràpia, salut mental, projecte pilot mixt.

Abstract

This study strives to introduce a link between the Immigrant Syndrome of Chronic and Multiple Stress, also called Ulysses' Syndrome, and Dance Movement Therapy (DMT). It focuses on the origin and characteristics of the syndrome from a psychosocial perspective, and also on the necessity of a differential diagnostic and multidisciplinary attention, due to his peculiar symptomatology. On the other hand, the study reviews the contributions of Dance Movement Therapy that could have special relevance in the treatment of those suffering Ulysses' Syndrome. A special attention is paid to techniques and tools as grounding, body consciousness, mirroring and group rhythm, and to concepts of resilience, safe space, identity, enaction and flexibility. Finally, a mixed DMT pilot project is presented, in order to explore the acceptance and eventual contributions in mental health of this discipline with people diagnosed with Ulysses' Syndrome.

Key words: Ulysses' Syndrome, Immigration, Dance Movement Therapy, mental health, mixed pilot project.

1. Introducción

1.1. Motivación del trabajo

Conocí a Ali en mi primer año de prácticas de Danza Movimiento Terapia (DMT). Inmigrante de África subsahariana de 20 años, sufría de insomnios, dolores de cabeza crónicos y malnutrición. Su mirada me transmitía tristeza y resignación, y su cuerpo me parecía estar flotando, sin raíces, como si fuera un fantasma perdido en la escena en la cual lo observaba entonces. A medida que avanzaban nuestros encuentros, Ali me revelaba algunos de los recuerdos traumáticos de su travesía migratoria hacia España, que generaban en mí tristeza, rabia e impotencia. Desde mi inexperiencia, no sabía muy bien cómo manejar sus síntomas que me hacían pensar a la vez en estrés postraumático y en depresión, mezclados además con múltiples complicaciones relacionadas con su situación de sin papeles, su proceso de adaptación y duelo migratorio. ¿Por dónde empezar, qué priorizar, sabiendo que nuestras sesiones eran limitadas a 10? ¿Las vivencias traumáticas de un pasado muy presente o las batallas difíciles del presente? Una parte de mí temía abrir esa caja de pandora que tal vez no podría volver a cerrar de forma segura para el paciente en tan poco tiempo.

Ali estaba en España desde más de un año y hablaba poco castellano. Me preguntaba ¿cuántas veces había tenido la oportunidad de compartir su historia en un contexto terapéutico con un *setting* establecido, con alguien que lo entendiera en su idioma y en el idioma del país de acogida? ¿Cuántos espacios tenía para “estar” simplemente, sin tener que demostrar a la sociedad receptora y/o a su familia que estaba estudiando, trabajando o entrenando para concretizar sus sueños y proyectos migratorios? ¿Cuánto tiempo permanecen guardados y callados los traumas en los cuerpos de los que, como Ali, ponen su vida en peligro para correr atrás de una vida imaginada como mejor?

¿Qué consecuencias tiene la falta de procesamiento del trauma en la salud mental e integración del inmigrante? ¿Será más propicio a desarrollar síntomas crónicos quien no habrá podido procesar dolorosos y traumáticos eventos en su momento? Éstas son algunas de las preguntas que germinaron en aquel momento.

El caso Ali me llevó a buscar ayuda en la literatura y descubrí entonces el denominado Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises (SU¹). La lectura bio-psico-social del fenómeno resonaba con el caso y con mi sensación de estar constantemente viajando, a veces perdida, entre la psique de Ali -con sus recuerdos traumáticos e intensas preocupaciones-, su cuerpo y salud fragilizados, y sus dificultades sociales y administrativas². Más tarde, mientras compilaba artículos sobre DMT con población migrante, me di cuenta de que a pesar de ser cada vez más numerosos los estudios que relacionan terapias creativas y prácticas *embodied*³ con migrantes, ninguno de los textos encontrados mencionaba el SU. A su vez, los artículos consultados sobre el Síndrome, si bien recomendaban tratar el cuadro de forma multidisciplinaria, no tomaban en consideración, o por lo menos explícitamente, las técnicas involucrando el cuerpo. ¿Por qué? ¿Ambos terrenos serían demasiado “jóvenes” para haberse encontrado aún? Quise entonces empezar a tejer hilos entre la DMT y el SU.

Hay que precisar que el interés y la motivación que me llevan hasta aquí no nacen únicamente de esta experiencia formativa. Si el caso de Ali me conmovió e intrigó tanto, es también porque resuena con aspectos personales: Barcelona me abrió sus brazos hace 13 años. Claro, el pasaporte europeo que llevaba en el bolsillo y mi color de piel me facilitaron muchas cosas, al contrario de lo que pasa con Ali y muchos otros.

¹ A partir de ahora también abreviado “SU” por la autora.

² Quiero precisar que no pretendo diagnosticar a Ali de SU, solo quiero explicar que la literatura sobre SU me ayudó a entender el caso.

³ Que trabajan desde el cuerpo, incorporan y encarnan la experiencia.

Me considero más bien una migrante privilegiada y “existencial” (Madison, 2006), pero soy también hija de un migrante italiano que llegó solo a Suiza en los 60, con 16 años, para buscar trabajo. En ambos casos las condiciones y los contextos socio-políticos no son comparables a los de los extracomunitarios de hoy en día. Mismo así, resuenan en mi memoria corporal, en mi mente e inconsciente las historias y los pasos de los que caminan hacia nuevos lugares, voluntariamente o no, y cuyos cuerpos acaban convirtiéndose quizás en sus únicas casas, a veces precarias e inseguras, a la imagen de su situación.

Influenciada inevitablemente por mis vivencias personales, formativas, y por mis experiencias con el movimiento, creo que la DMT puede contribuir en (re)construir un lugar más seguro en los cuerpos de los que estropearon su caparazón en camino. Puede brindar un espacio transicional donde refugiarse, sentirse “en casa”, donde bajar las defensas y empezar a crear una nueva identidad intercultural flexible. Esta creencia nutre a su vez un deseo de aportar un grano de arena a la comunidad migrante de la que me siento parte, de actuar no solo como terapeuta o investigadora, sino también como actora social dentro del panorama actual inquietante. Todo ello junto motiva este trabajo.

1.2. Enfoque y presentación del trabajo

Antes de la migración, y de todo lo que abarca, existe un ser humano: un cuerpo, una mente, una espiritualidad; una genética, un inconsciente. Existe un idioma, una cultura, una educación y valores. Existe también un grupo, una sociedad, un país; un clima. Una política. Existe el mundo globalizado de hoy en día, el de ayer y de mañana.

El ser humano es producto *de* y se mueve *por* todas estas esferas, influyéndolas a su vez. La particularidad del Síndrome de Ulises, como veremos, es que nace también *en* y *de* esta configuración bio-psico-social. Por lo tanto, aunque resulte complejo tomar en

cuenta la totalidad de estas variables, no se puede caer en perspectivas reduccionistas al momento de estudiarlo.

Veremos entonces cómo el enfoque holístico y creativo de la Danza Movimiento Terapia podría encontrarse con el Síndrome de Ulises y tener un valor añadido dentro de una perspectiva multidisciplinar que pone énfasis en la prevención y en las capacidades de la persona, evaluando sus factores de riesgo y protectores dentro de su contexto particular (Melero Valdés y Díe Olmos, 2010). Así, después de delinear el contexto socio-político del estudio, se describirá, en el marco teórico, el Síndrome desde un enfoque principalmente psico-social. Se procederá luego a una revisión bibliográfica de los aportes del campo de la DMT (y de otras disciplinas *embodied*) con inmigrantes y refugiados, y con poblaciones cuya sintomatología tiene puntos en común con la del SU. Esta parte se organizará por técnicas y conceptos que nos parecen tener especial importancia en el fenómeno estudiado. Con el fin de explorar si y cómo estos aportes podrían ser relevantes en el acompañamiento terapéutico de personas diagnosticadas de Síndrome de Ulises desde la DMT, se presentará finalmente un proyecto piloto exploratorio de tipo mixto.

1.3. Contexto socio-político

Antes de entrar más a fondo en la problemática, haremos hincapié en la situación socio-política en la que se enmarca este trabajo, ya que ésta nos dará claves para entender mejor el Síndrome de Ulises en su globalidad.

Del mundo hacia España ⁴

Según los informes de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR, 2018 y 2019), viviríamos el momento histórico con mayores desplazamientos forzados por causa de guerras, violencias generales y violaciones de derechos humanos (70,4 millones de personas, a junio de 2018). Estos movimientos migratorios se desarrollan en condiciones muy arriesgadas, debido en parte a las políticas de impermeabilización de las fronteras. Así, la ruta del Mediterráneo se convirtió en la más peligrosa del planeta con 2'299 muertos en 2018 (CEAR, 2019). Para mejorar la respuesta de la comunidad internacional, fomentar la solidaridad y la responsabilidad compartida, aliviando así a los estados empobrecidos que son los que acogen a más refugiados o migrantes, la ONU aprobó en 2018 el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular⁵ (CEAR, 2019).

En Europa, el Sistema Europeo Común de Asilo está aún sin concretizar, por falta de visión compartida de los países miembros sobre el asunto; el número de menores desplazándose solos aumenta, sujetos a violencias y abusos en sus travesías, mientras que los partidos anti-inmigración ganan terreno (CEAR 2018; 2019). La tendencia es a la criminalización (incluso de la solidaridad), a las *fake news*, al miedo, convirtiendo el fenómeno migratorio en el “chivo expiatorio de todos los males de Europa” (CEAR, 2018, p. 66).

España es el país europeo que más migrantes y refugiados recibió por vía marítima en 2018: casi 60'000. Sus oficinas de Asilo y Refugio están colapsadas y existe una profunda brecha entre necesidades y recursos a disposición. El nuevo Gobierno promete hacer del derecho de Asilo una prioridad (CEAR, 2019).

⁴ Nos interesa observar aquí los movimientos migratorios en su globalidad y las posiciones de los organismos internacionales y nacionales al respecto. No se hace hincapié en la diferencia entre inmigrante y refugiado (para ello, ver p. 55), ya que la ruta Mediterránea tiene como particularidad de recibir flujos mixtos (UNHCR/ACNUR, 2019).

⁵ Estados Unidos, Israel, Australia, Chile, Hungría, Austria, Polonia, República Checa, Eslovaquia y Bulgaria no suscribieron el documento avalado por 160 Estados.

Así, mientras la tasa de natalidad española sigue bajando (7,94 por mil habitantes según el Instituto Nacional de Estadística en 2018), la ONU prevé que el número de migrantes se duplique en los próximos 20 años, creando un sexto continente, el continente móvil (Achotegui, 2012). Este panorama puede dejar perplejo: un continente móvil encontrándose con países cada vez más cerrados, coordinados gracias a un Plan Mundial no-vinculante y por macro-organismos cuyos miembros todavía no se han puesto de acuerdo sobre la línea común por adoptar.

La situación en Barcelona

La política migratoria y de asilo es competencia del Estado y de sus compromisos con la UE. Sin embargo, quien recibe y garantiza la convivencia de culturas diferentes son las ciudades. Según datos provenientes de la web *Barcelona, ciutat refugi. El Pla*. (Ajuntament de Barcelona, 2015), la ciudad apoya desde 1989 a migrantes extracomunitarios y demandantes de asilo a través del Servicio de Atención a Inmigrantes, Emigrantes y Refugiados (SAIER), que emite subvenciones a entidades que trabajan en asilo. El SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) nace en 1994 para sensibilizar a la sociedad, ofrecer asesoramiento profesional y promover la colaboración entre profesionales sanitarios y de ciencias sociales. Atiende a personas con depresión, ansiedad, trastornos adaptativos, psicosis, Síndrome de Ulises, trastornos adictivos, de personalidad o propios del duelo migratorio.

En la misma página web, el Ayuntamiento denuncia la inacción del Estado frente a esta crisis humanitaria. En respuesta a ello, se creó en el 2015 el plan “Barcelona, ciudad refugio”, que tiene como objetivo preparar la ciudad para acoger a refugiados, garantizar sus derechos y proveer servicios necesarios, así como dar apoyo en origen y en ruta.

Sin embargo, menos de un tercio de los solicitantes de asilo seguidos por asociaciones creadas por el mismo plan habría recibido la protección pedida al Ayuntamiento (Segura, 2018). Asimismo, la ley de extranjería impediría a unos 100'000 inmigrantes de poder ser regularizados en Catalunya (Colell, 2019), favoreciendo así la aparición de mafias, pisos patera, tratas de mujeres, etc.

Si bien existen varios proyectos creados para dar apoyo a jóvenes migrantes (Centre Cruïlla, Super-acció, Proyecto Exuli, Mezcladís, MigrEmpower por citar solo algunos), desde el inicio del año, se reportan varios acontecimientos en relación con una creciente criminalidad que invadiría el centro de la ciudad, en cuyas calles vivirían cada vez más inmigrantes menores de edad⁶. ¿Los medios desplegados son suficientes para garantizar una buena adaptación e integración? ¿Cómo esta gestión es vista y vivida desde el cuerpo de quien está en situación de inmigración? Además, ¿cómo influirán los problemas de gentrificación, de falta de alojamiento debida a la especulación, de masificación del turismo en la cuestión migratoria? ¿Podría la cuestión catalana separatista jugar también un papel en la integración, atención y medios económicos dedicados a los inmigrantes?

La realidad socio-política actual sin duda interfiere, pero no entraremos en detalle en ello, ya que no es el objetivo de este trabajo. Sin embargo, es importante tenerla en cuenta, ya que el Síndrome de Ulises nace *de* y se desarrolla *dentro* de ella.

⁶ Ver por ejemplo Congostrina, Carranco y Mouzo Quintáns (15 de Julio de 2019); Congostrina (11 de Julio de 2019); Mouzo Quintáns (16 de mayo de 2019); Carranco (3 de mayo de 2019); Carranco y Rodríguez (12 de marzo 2019).

2. Marco teórico

2.1. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises (SU)

2.1.1. Definición, origen y factores de riesgo

Migrar es a menudo vivido más como una solución que como un problema, pero encierra a su vez grandes desafíos y problemáticas (Achotegui, 2012). Como veremos más adelante, el estrés y el duelo migratorio son connaturales a cualquier fenómeno migratorio y generan síntomas depresivos, confusionales, de ansiedad o somatizaciones (Achotegui, 2003). Si bien esta sintomatología debería desaparecer después de los primeros tres o cuatro meses en el nuevo territorio, puede convertirse en crónica y transformarse en un factor de riesgo para la salud mental cuando la migración se vive en malas condiciones personales y sociales (Achotegui, 2012; 2003). Este conjunto de síntomas pasa entonces a denominarse **Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple** o **Síndrome de Ulises (SU)**, en referencia a las dificultades y peligros que el héroe griego tuvo que enfrentar, lejos de sus seres queridos (Achotegui, 2003).

El síndrome fue descrito por primera vez por el psiquiatra y director del SAPP⁷ Joseba Achotegui en 2002⁸. Según un estudio llevado a cabo por el mismo servicio sobre una muestra de 1110 inmigrantes, un 15% padecería de este complejo síndrome (Achotegui, López, Morales, Espeso y Achotegui, A., 2015).

Si bien el *DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) describe varios síntomas presentes en el Síndrome de Ulises y presta atención a los factores culturales y

⁷ Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados.

⁸ Un año después, se creó en el Parlamento europeo una comisión internacional de trabajo sobre este síndrome (Achotegui, 2012).

socioculturales de los trastornos descritos, no hace ninguna mención específica al SU. Sin embargo, describe la “Dificultad de aculturación”, una categoría que se “debe utilizar cuando una dificultad de adaptación a una cultura nueva (p. ej., relacionada con la emigración) es el objeto de la atención clínica o tiene algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo” (p. 411).

La *Clasificación Internacional de Enfermedades-11* (OMS, 2018) describe trastornos asociados con el estrés y trastornos disociativos, sin referirse a la situación particular del migrante. Menciona problemas asociados con eventos traumáticos y con el entorno social o cultural, como la dificultad de aculturación, la exclusión, el rechazo social, la discriminación o persecución. Sin embargo, no alude a la migración como posible agravante o causante de estos problemas.

Dado que las migraciones siempre existieron, nos podríamos entonces preguntar por qué escuchamos hablar de SU solo en estos últimos años y por qué no se menciona en las clasificaciones de trastornos mentales y enfermedades citadas. Según Achotegui (2009), que se dedicó a comparar antiguos estudios realizados en el SAPPPIR con actuales, el factor añadido sería el de las condiciones migratorias, más difíciles ahora que antes, que contribuirían en aumentar el nivel de **estresores**: los viajes migratorios traumáticos, la llegada a países de acogida cada vez más hostiles (sobre todo para los extracomunitarios), la crisis y los obstáculos legales acaban por pasar factura y favorecer la aparición de problemas mentales crónicos (Achotegui, 2003; 2012). En estas condiciones, las prioridades del inmigrante son las de cubrir necesidades básicas y resolver cuestiones administrativas, dejando a un segundo plano la atención que se pueda prestar a la salud y bienestar mental. Melero y Díe (2010) nos llaman también la atención sobre la falta de tiempo que suele caracterizar a las intervenciones sociales, realizadas “sobre la marcha” (p. 75), lo que conduce al fracaso de las mismas por falta de

visión integral, planificación y sistematización. No tratados o mal tratados, los síntomas tendrían entonces más probabilidad de convertirse en crónicos.

Por otra parte, y como observamos en este esquema, Achotegui (s.f., p.1) sitúa el SU justo antes de la aparición del trastorno mental, motivo por el cual sería entonces ausente de las clasificaciones hegemónicas citadas anteriormente.

1		2		3	4		5	
---	--	---	--	---	---	--	---	--

1. Estado emocional equilibrado
2. Problemas de salud mental (estrés, nerviosismo, tristeza)
- 3. Síndrome de Ulises**
4. Trastornos o enfermedades mentales (ansiedad, depresión, estrés post-traumático)
5. Crisis de salud mental (peligro para sí mismo o para otros)

Nos podríamos preguntar ahora si hay **factores socio-demográficos**⁹ que influyen en la aparición del cuadro. Según un estudio realizado por Achotegui et al. (2010) para determinar la prevalencia de SU en inmigrantes que demandan asistencia sanitaria (en la comunidad valenciana) y sus características socio-demográficas, culturales y familiares, sería más frecuente en: hombres (17,02% vs 15,38%); hombres de África subsahariana (58,33%) y mujeres de Sudamérica (50%); recién llegados a España (1-2 años), en patera o avión, y viviendo de alquiler, en la calle o en asentamientos. Un ulterior estudio en Barcelona (Achotegui et al., 2015) corrobora los datos en cuanto al género, y constata que hay mayor riesgo de desarrollar SU entre 17-44 años (jóvenes que habrían migrado solos para sustentar a sus familias). Destacan los latinoamericanos, magrebíes y subsaharianos. El tiempo en el país pasa a ser entre 2-5 años, y se observa que la condición legal influye claramente (81% son indocumentados). Así, el SU es uno de los cuadros más frecuentes en inmigrantes (15,6%), después del trastorno de ansiedad (17,2%), y antes de la distimia (12,7%) y psicosis (12,6%).

⁹ Hay que precisar que cada país tiene una población migrante diferente y que las condiciones/cultura de acogida influyen también en la eventual aparición de síntomas. Por lo tanto, no se pueden generalizar estos datos específicos de Cataluña y sería interesante poderlos comparar a otros estudios europeos.

2.1.2. Fenómenos migratorios y estresores

Examinaremos en este apartado los fenómenos bio-psico-sociales que entran en juego en la migración y los estresores que juegan un papel en la aparición del Síndrome.

Proceso de adaptación

El proceso de adaptación a un nuevo territorio y cultura es complejo y depende de múltiples factores que se influyen mutuamente. Su éxito depende en parte de cómo se percibe el fenómeno migratorio, de si es vivido como un problema o una solución a necesidades sociales y económicas (Sayed-Ahmad Beiruti, 2013). Según este autor, la perspectiva adoptada puede generar actitudes de rechazo, exclusión, prejuicios negativos o conflictos que pueden dificultar la convivencia, la adaptación y el diálogo intercultural. La adaptación, según Beiruti, se efectúa a nivel **bio-psico-social**: a nivel biológico, el “equipo congénito” (Spitz, 1977, en op. cit., p. 259) del individuo y su consecuente temperamento influyen en sus conductas y relación con el nuevo entorno. La adaptación social se refiere a la capacidad de vincularse, de enfrentar problemas cotidianos en las áreas familiares, laboral y formativa en el nuevo contexto (Berry, 1997). La adaptación psicológica apela a estados internos como el claro sentido de identidad personal y cultural, una buena salud mental y el logro de la satisfacción personal en el contexto de acogida (Searle y Ward, 1990). Ésta se pondría en marcha incluso antes de que el individuo saliera de su país, las otras dos son más tardías e inherentes al nuevo territorio.

Según Sayed-Ahmad Beiruti (2010), existiría una correlación entre el éxito del proyecto migratorio, la consecución de los objetivos, el apoyo social, la elaboración del duelo y la adaptación. Para una buena adaptación sería entonces necesario favorecer y optimizar la integración intercultural con una política que impulsara varias actuaciones sociales y

políticas a nivel estatal, autonómico y local. Para este autor, habría que ir más allá del multiculturalismo: buscar puntos comunes entre las culturas, construir puentes que creasen nuevos modos de convivencia positiva y creadora.

Por otra parte, la adaptación se da por ambos lados del fenómeno migratorio: el inmigrante y la sociedad acogedora. De hecho, el grupo dominante de la sociedad receptora influiría en la estrategia elegida (conscientemente o no) por el migrante (De la Mata, García, Santamaría y Garrido, 2010). Berry (2005) habla de **aculturación** y repertoria cuatro tipos diferentes, con sus respectivos grados de adherencia a la cultura nueva y a la de proveniencia, y las actitudes correspondientes de la sociedad receptora:

- integración (inmigrante) ⇔ multiculturalismo (sociedad receptora)
- asimilación ⇔ *melting pot*
- separación ⇔ segregación
- marginalización ⇔ exclusión.

Vemos que ambas partes del fenómeno se influyen y retroalimentan: una buena integración, por ejemplo, solo es posible en una sociedad inclusiva y abierta a la diversidad, que adapta sus instituciones a las necesidades de los grupos que la componen (Berry, 2005). Al contrario, la irregularidad administrativa fomenta la exclusión y fuerza a la hiper-adaptación y asimilación como defensa (Sayed-Ahmad Beiruti, 2010). Sin embargo, a pesar de que se reconozca que la adaptación es bilateral, prevalece todavía en la literatura el término unidireccional de “aculturación”, que se refiere únicamente a la asimilación de la cultura dominante por parte de los individuos de la cultura dominada. Kim (2007) pone el dedo sobre esta cuestión y propone el término complementario de “**enculturación**”¹⁰ para referirse al proceso de socialización y

¹⁰ En castellano solo se encontró el término “inculturación” en la literatura. Como éste se refiere más bien a conceptos teológicos, se elige mantener aquí la palabra como viene del inglés.

mantenimiento de la norma cultural de proveniencia. Así, en vez de hablar por ejemplo de grado de aculturación alto hacia la nueva norma y bajo hacia la norma heredada (en caso de asimilación), se hablaría de grado de aculturación alto y de enculturación bajo para darles importancia igual a ambos fenómenos. Pérez-Brignoli (2017), en cambio, retoma el concepto de “**transculturación**” propuesto por Ortiz (1940) para ilustrar este fenómeno de culturas en contacto.

Los **factores culturales y socio-demográficos** también juegan su papel en este fenómeno. Según Ochoa, Vicente y Lozano (2005), la semejanza de las culturas en contacto minimizará el choque cultural, lo cual facilitará la adaptación. En cuanto a la edad, los adolescentes tendrían a asimilarse negando su cultura de origen, mientras que los mayores se mantendrían más apartados de la nueva cultura. Los jóvenes y adultos de edad media se integrarían más fácilmente. Sin embargo, los autores precisan que estas tendencias también varían en función de la personalidad, capacidad de adaptación y mecanismos de afrontamiento del sujeto. Respecto al género, las mujeres sufrirían situaciones más desfavorables, al tener que conciliar sus papeles de madres y trabajadoras (Sayed-Ahmad Beiruti, 2013). Si bien suelen adaptarse más rápidamente, su aculturación puede ser detenida o ralentizada por los valores de sus familias (Dieterich-Hartwell y Koch, 2018). Además, los sectores en los que tienen más probabilidad de conseguir empleo (servicios de cuidado personal, domésticos y sexuales) son los más desvalorizados socialmente (Sayed-Ahmad Beiruti, 2013) y los que se prestan a la violación de sus derechos y aislamiento (Frías, Río y Jiménez, 2008). Como suelen llegar por reagrupamiento familiar, su ritmo de aculturación es diferente y puede ser mayor su aislamiento y dependencia del marido (Sayed-Ahmad Beiruti, 2006, cit. en Frías et al., 2008).

Como vemos, la migración y su consecuente proceso de adaptación a un nuevo país, no es

un simple evento, sino que un proceso de desarrollo (Dokter, 1998) que implica a su vez cambios en las **identidades** (cultural, grupal, de género, profesional, etc.) del individuo. Se modifican los referentes que daban sentido a la existencia y con los cuales se entendía el mundo (García, 2018), los códigos de comunicación, las miradas que daban sentido, y eso puede llevar a una crisis identitaria (Callaghan, 1998).

Según la psicología cultural, las relaciones entre el yo y los demás que construyen la identidad se estructuran y organizan en las prácticas socio-culturales cotidianas (De la Mata et al., 2010). Así, intervienen factores protectores como la solidaridad, los grupos de apoyo o factores estresantes como la soledad o la lucha por la supervivencia.

Desde la perspectiva psicoanalítica, Grinberg y Grinberg (1984) ven la migración como un cambio de “tal magnitud que no solo pone en evidencia, sino también en riesgo, la identidad” (p. 39). Comparan el recién llegado con un recién nacido, cuya necesidad de sentirse acogido es grande, y destacan que el “holding” del país de acogida dependerá de las condiciones socio-económicas de éste. Explican que a menudo el inmigrante usará la disociación como defensa, para no sentir la culpa, la confusión y el sufrimiento, sobre todo si la migración es voluntaria, teniendo aún anclado en su inconsciente el elemento castigador por el impulso migratorio, por el deseo de conocer nuevos mundos proveniente de ciertos mitos (Adán y Eva, Abraham, la Torre de Babel).

Duelo migratorio

El duelo migratorio difiere para cada individuo, ya que dependerá de su bagaje personal y cultural, de las condiciones de acogida y de la red de apoyo que éste tiene. Si bien no es considerado como causa de trastorno mental, ya que a lo largo del proceso evolutivo los seres han ido emigrando con éxito, puede convertirse en factor de riesgo si el inmigrante está enfermo o padece discapacidades, y/o si el nivel de los estresores de su contexto de acogida es muy alto (Achotegui, 2009).

Presentamos aquí las principales **características** del duelo migratorio (Achotegui, 2009):

- es parcial, ya que su motivo (el país de origen y todo lo que representa) no desaparece. Hay posibilidades de contacto con él, y quizás de regreso.
- es recurrente: un viaje al país de origen, una llamada telefónica o noticias pueden reavivar los recuerdos del país de procedencia.
- es vinculado a aspectos infantiles muy arraigados, que moldearon el individuo.
- es múltiple. Achotegui habla de los 7 duelos de la migración: familia y amigos; lengua; cultura, costumbres, religión y valores; tierra (paisajes, colores, olores); estatus social (papeles, trabajo, vivienda); grupo étnico (a cambio de prejuicios, racismo, xenofobia); integridad física (muchas veces dañada durante los viajes migratorios o con las nuevas condiciones de llegada).
- lleva a cambios identitarios: el individuo, en el mejor de los casos, se convertirá en ciudadano del mundo, pero también se arriesga a una desestructuración a nivel psicosocial y psicológico. A menudo la identidad “nueva” se acompaña de sentimientos ambivalentes de amor-odio hacia el país de origen y/o acogida.
- da lugar a una regresión: sumisión a la autoridad, inseguridad, dependencia, riesgos de expulsión.
- utiliza una serie de defensas: las más frecuentes serían la negación (“todo es como en el país de origen”, “no me afectan las diferencias”), la proyección (de lo malo fuera de uno), la idealización (del país de acogida u origen, distorsionando la realidad) y la formación reactiva (hacer lo contrario del impulso, “hiperadaptación” que puede compensarse con síntomas somáticos).
- tiene repercusiones en los que se quedaron en el país y en los autóctonos. Como en un juego de ajedrez en el que mover una ficha condiciona al resto del juego, las consecuencias de las migraciones se hacen sentir en todo el tablero mundial.

Achotegui (2008) distingue tres tipos de duelos migratorios: el **simple**, el **complicado** y el **extremo**. El primero se da en buenas condiciones y puede ser elaborado. El segundo se topa con serias dificultades en su elaboración. El tercero, propio del SU, es tan problemático que no es elaborable, supera las capacidades de adaptación del sujeto.

Estresores

Los estresores que entran en juego en el proceso de adaptación y de duelo migratorio, condicionando la aparición del SU, son los siguientes (Achotegui 2004; 2010; 2015):

- la soledad: la mayoría de las migraciones se efectúan en solo, dejando atrás una familia que no puede ser reunida hasta que se cumplan ciertos requisitos legales y económicos. Además, los inmigrantes suelen provenir de culturas con relaciones familiares estrechas y vínculos de solidaridad fuertes que contrastan con la situación en el país de llegada.
- la situación legal: después del sacrificio hecho para migrar viene la dificultad para obtener papeles y trabajo, y/o la explotación laboral.
- la no posibilidad de volver al país de origen: por motivos legales, económicos, culturales (el regreso puede ser vivido como un fracaso o el resultado de un maleficio) o por la situación del país de origen (guerra, violencia, etc.).
- la lucha por la supervivencia: la alimentación suele ser insuficiente y de mala calidad, lejana a la dieta del país de origen. El acceso a la vivienda puede ser motivo de explotación, se hacinan a los inmigrantes en infraviviendas o están condenados a vivir en la calle.
- el miedo: relacionado con el viaje migratorio (pateras, camiones, robos, agresiones, travesías interminables), con las mafias y/o redes de prostitución. En el nuevo territorio aparece miedo a la detención, a la expulsión y a abusos.

En el caso del Síndrome de Ulises, los factores que potencian estos estresores son la **multiplicidad** (los estresores se potencian entre sí), la **cronicidad** (el estrés es acumulativo, no es lo mismo sentirlo unos días que durante meses o años) y la **intensidad** de estos últimos. La falta de control sobre ellos y de red de apoyo contribuyen al efecto bola de nieve (Koch y Weidiger-Von der Recke, 2009). A este cuadro se añaden además los estresores migratorios clásicos como el cambio cultural, lingüístico y geográfico.

Vemos entonces que la posibilidad o no de tener un proceso de adaptación y de duelo migratorio “exitosos” dependerá de estos estresores y también de los factores de vulnerabilidad de cada migrante, del “bagaje” personal con el cual se puede enfrentar a los desafíos migratorios: su condición física y psicológica de base, su edad, su capacidad de resiliencia, etc. Todo ello influirá a su vez en su salud mental. Así, entendemos mejor que el Síndrome de Ulises no es una enfermedad en sí, sino que:

un conjunto de síntomas reactivos a una serie de estresores crónicos. [...] Apunta, con gran acierto, a la patología de la situación en la que se encuentran las personas inmigrantes; situación que resulta imposible que las personas puedan adaptarse a ella sin caer en la enfermedad, por tanto, tampoco se trata de un trastorno adaptativo. Insisto, sería patológico adaptarse a semejante situación. (Sayed-Ahmad Beiruti, 2010, pp. 270-271).

Para resumir, vemos entonces que el SU funciona un poco como un círculo vicioso: los numerosos desafíos a los que tiene que enfrentarse el inmigrante conducen a la manifestación de ciertos síntomas, al aparecer ciertos síntomas las fuerzas para luchar empiezan a su vez a disminuir. La **salud** es el capital básico de la persona, si comienza a fallar es el inicio de una larga cadena de complicaciones. Por otra parte, el sistema de salud no siempre atiende adecuadamente a los inmigrantes, sea por prejuicios, desconocimiento o incluso racismo. Además, su sintomatología puede ser erróneamente

diagnosticada como trastornos depresivos, psicóticos u orgánicos. Ochoa et al., (2005) llaman la atención sobre las dificultades de acceso a los recursos sanitarios, el desconocimiento de estos últimos, y la barrera lingüística que pone freno al normal ejercicio del derecho a la salud. Además, los inmigrantes priorizan en general su trabajo a su salud, y suelen acudir a los servicios sanitarios buscando soluciones inmediatas, llevando a saturación y mal uso de los servicios de urgencia y atención ambulatoria (Frías et al., 2008). Hay que añadir que, en algunos países, los servicios de salud mental son desconocidos o poco usados, o asociados a personas con poder adquisitivo. El miedo a la estigmatización, a ser considerados como “locos” y ser deportados se suma a la problemática (Frías et al., 2008). Todo ello se ha de tener en consideración al momento de pensar en la clínica del SU, que pasamos a examinar ahora.

2.1.3. Clínica del Síndrome de Ulises

Sintomatología

El Síndrome de Ulises presenta una “sintomatología depresiva con características atípicas en la que los síntomas de tipo depresivo se entremezclan con síntomas de tipo ansioso, somatomorfo y disociativo” (Achotegui, 2003, p. 2). A continuación, presentamos sus síntomas, evidenciados y detallados por el mismo autor (2003; 2009; 2012).

1) Síntomas del área **depresiva**:

- llanto: puede variar en función de cómo es visto en la cultura de proveniencia.
- baja autoestima: asociado a menudo al sentimiento de fracaso del proyecto migratorio, vivido como un fracaso personal. Es un concepto difícil de explorar, ya que es ligado al valor occidental que se le da a la idea del “yo”.
- culpa: es también un síntoma “cultural” y sería menos frecuente e intenso en culturas no-occidentales. Se daría mucho más en las mujeres.

- ideas de muerte: no suelen ser muy frecuentes, salvo en casos de Trastorno Depresivo Mayor. Generalmente se observa una gran capacidad de lucha para concretar el sueño migratorio. La religión puede influir como factor protector, ya que en algunas el suicidio es prohibido o visto como un pecado.
- falta de interés por hacer las cosas: otra vez, no es tan frecuente en el SU dado que la persona está inmersa en la lucha por el éxito de su proyecto migratorio.
- pérdida de interés sexual: principalmente en hombres, las mujeres acudirían menos a pedir ayuda para ello. Es complejo de abordar visto el bajo nivel de educación sexual en muchos países. Suele ser causada por el estrés que conduce a la disminución de los niveles de estrógeno y testosterona.

2) Síntomas del área de la **ansiedad**:

- ansiedad: ligada a la lucha, la inquietud por el éxito de la migración o al miedo por los peligros y discriminaciones vividos.

Conviene añadir que el estrés y la ansiedad consecuentes a cualquier cambio que conlleva desequilibrio son una llamada de atención normal y sana previa a todo reajuste (Melero y Díe, 2010). El problema es cuando se intensifican y prolongan en el tiempo, como en el SU. Grinberg y Grinberg (1984) destacan 3 tipos de ansiedad en el inmigrante: depresiva (por lo que se dejó atrás y necesita la elaboración de un duelo), paranoide (en respuesta a las condiciones de adaptación y al miedo al fracaso del proyecto migratorio) y confusional (que nace por los sentimientos ambivalentes hacia lo que se dejó atrás y lo nuevo). Dokter (1998), a su vez, atribuye la ansiedad a la sensación de no pertenencia, de no sentirse en casa en ninguna parte.

- irritabilidad: poco frecuente tal vez por razones culturales. En las culturas orientales o nativo americanas sería menos expresada, hasta la asertividad sería

vivida como agresiva. Por este motivo las manifestaciones de irritabilidad en sujetos provenientes de culturas más “contenidas” son de valorar como más desadaptativas. Se hallaría más presente en mujeres, quizás porque poseen menos autonomía o porque se les acumulan tareas laborales y familiares.

- preocupaciones excesivas y recurrentes: causadas por la complejidad y dificultad de la situación y relacionadas a la cefalea. Una buena red de apoyo las aminoraría. Pueden parecerse a los pensamientos recurrentes e incontrolables del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), y son debidas al viaje migratorio traumático, al vivir escondido, a la explotación laboral o sexual o a recuerdos del país de origen quizás sumergido en guerras o caos.
- alteraciones del sueño: una de las quejas más generalizadas, sobre todo en relación al insomnio de conciliación. El insomnio puede acabar por causar trastornos depresivos. Afectaría más a las personas sin trabajo, sin red de apoyo, y con estudios secundarios o superiores.

3) Síntomas de tipo **somatomorfo**:

- cefaleas: suelen ser de tipo tensional y asociadas a las preocupaciones intensas.
- astenia, fatiga: la falta de salidas a su situación acaba en la desmotivación y pérdida de fuerzas. Sayed-Ahmad Beiruti (2010) habla de fatiga cognitiva y emocional, relacionada con el esfuerzo permanente para entender las nuevas claves culturales, y que puede llevar a malhumor, déficit de atención e irritabilidad.
- molestias abdominales, torácicas y osteo-articulares.

4) Síntomas del área **disociativa** (o **confusional**):

La sintomatología del SU sería más bien confusional, juntaría síntomas del Trastorno

por Despersonalización (como la confusión temporo-espacial) y del Trastorno de Identidad Disociativo. La confusión sería relacionada con la situación compleja del inmigrante que puede tener fallos de memoria y atención, perderse y sentirse perdido, desorientarse a nivel temporal. Es difícilmente evaluable (otra concepción temporal, imagen del yo según la cultura).

Desde el ángulo psicoanalítico, Grinberg y Grinberg (1984) ven la angustia confusional, ya mencionada en los síntomas del área de ansiedad, como debida a la dificultad de diferenciar los sentimientos dirigidos a los dos focos principales de interés y conflicto, lo cual podría hacer revivir la situación triangular edípica o la de padres divorciados. En su mayor extremo (psicosis confusional), podría llevar a la pérdida de identidad y desorientación espacio-temporal. Así, siempre según ellos, la separación prolongada y la pérdida del objeto, la ambivalencia sentida hacia el pasado y el presente, el miedo al derrumbe del Self (Winnicott, 1974), los problemas de comunicación y la falta de perspectiva de retorno podrían despertar las partes psicóticas latentes del individuo.

La compleja sintomatología del SU puede a su vez ser interpretada por el inmigrante a partir de su cultura tradicional de origen. Desde una perspectiva antropológica, Ibáñez y Checa (2017) elaboran una novedosa **clasificación transcultural** de los trastornos psiquiátricos sufridos por inmigrantes Negro-africanos de la provincia de Almería. Parten del principio que lo “sano” o “normal” es fruto de la visión del propio grupo de pertenencia sobre salud o enfermedad, es un constructo socio-cultural que, según Foucault (1998), tiene un fin de control social. En relación a los tipos de locura destacados (ancestral, moderna y mixta), explican que la ancestral y la mixta (en parte) atribuyen las causas de las patologías a orígenes sobrenaturales, a otras personas, y requieren para la sanación amuletos, plantas o rezos recetados por el curandero del país de origen. Explican también que algunos de los entrevistados se encontrarían en el

“extremo de mayor sufrimiento” (p. 462) de los que padecen de SU. Muchos ya no podrían ser definidos como tal ya que se encontrarían más bien, según las clasificaciones hegemónicas, en la esfera de la psicosis. Estos datos nos recuerdan que la intervención terapéutica debe de tener en cuenta la **cosmovisión** del paciente.

Diagnóstico diferencial, enfoque multidisciplinar y “Escala Ulises”

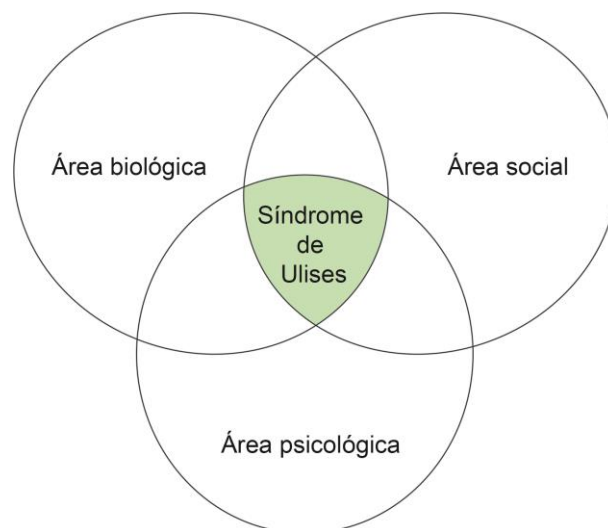
Tal como comentamos anteriormente, la cronicidad, multiplicidad e intensidad de los síntomas es lo que diferencia el cuadro del SU de otros como el Trastorno por Estrés Agudo, el Trastorno adaptativo o el TEPT. Además, se asocian al cuadro síntomas de tipo somatomorfo y disociativo, a menudo relacionados con interpretaciones culturales. Se recomienda entonces un **diagnóstico diferencial** para no infravalorar los síntomas o confundirlos con otras patologías cercanas como la depresión (Achotegui, 2009; 2012). La denominación “Síndrome de Ulises” permite precisamente evitar de caer en la desvalorización de los padecimientos y en diagnósticos errados. Achotegui (2009; 2012.) invita a no banalizar ni medicalizar, y sitúa el SU entre psicopatología y salud mental. Para ilustrar que no es una enfermedad, utiliza el ejemplo de una persona encerrada en un cuarto con la temperatura subiendo hasta los 100 grados. La persona tendría mareos y calambres debidos a las condiciones extremas, pero no estaría por lo tanto enferma ya que una vez al aire libre los síntomas desaparecerían. Según él, el SU se tiene que ubicar dentro del área de la Prevención sanitaria y psicosocial. La intervención **multidisciplinaria** debe ser de tipo **psicoeducativo** y de **apoyo emocional**, y su tratamiento atañe a psicólogos, médicos, pero también educadores, asistentes sociales o enfermeros (2009; 2012).

Para facilitar y objetivar la evaluación de los factores de riesgo en la salud mental del inmigrante, la intervención y la distribución de los recursos asistenciales dentro de esta perspectiva multidisciplinaria (Achotegui, 2017), Achotegui (2010b) elaboró la “**Escala Ulises**”, que evalúa la intensidad de cada uno de los siete duelos migratorios con dos

ejes de medición: **vulnerabilidad** (las limitaciones físicas o psicológicas, la historia personal, la edad, etc.) y **estresores** (las dificultades externas como las discriminaciones, etc. vividas en los últimos seis meses antes de la exploración. Ambos se puntúan en el continuum simple-complicado-extremo que valora la intensidad, frecuencia y duración del ítem (ver Anexo 1).

El enfoque multidisciplinario recomendado entonces para tratar el Síndrome de Ulises es el puente que nos va a llevar a la Danza Movimiento Terapia como un eventual recurso suplementar para actuar dentro de este cuadro. Pero antes de pasar a ello, presentamos tres figuras recapitulativas¹¹ que resumen lo explicado hasta ahora.

Figura 1: ¿Dónde situar el Síndrome de Ulises?



¹¹ Las figuras 1 a 4 han sido elaboradas por la autora.

Figura 2: Aparición y características del Síndrome de Ulises.

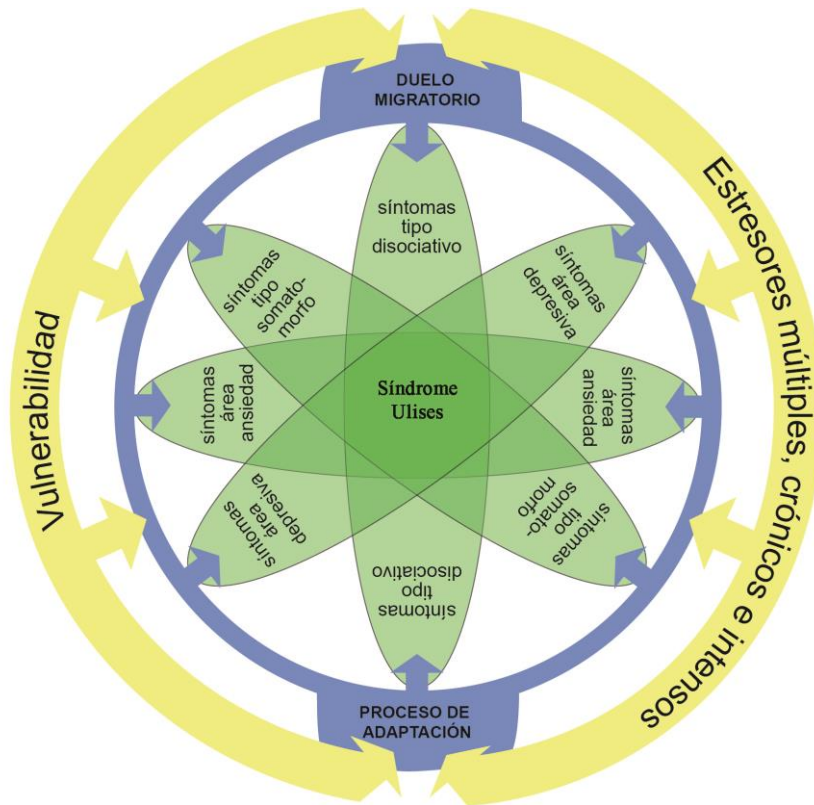
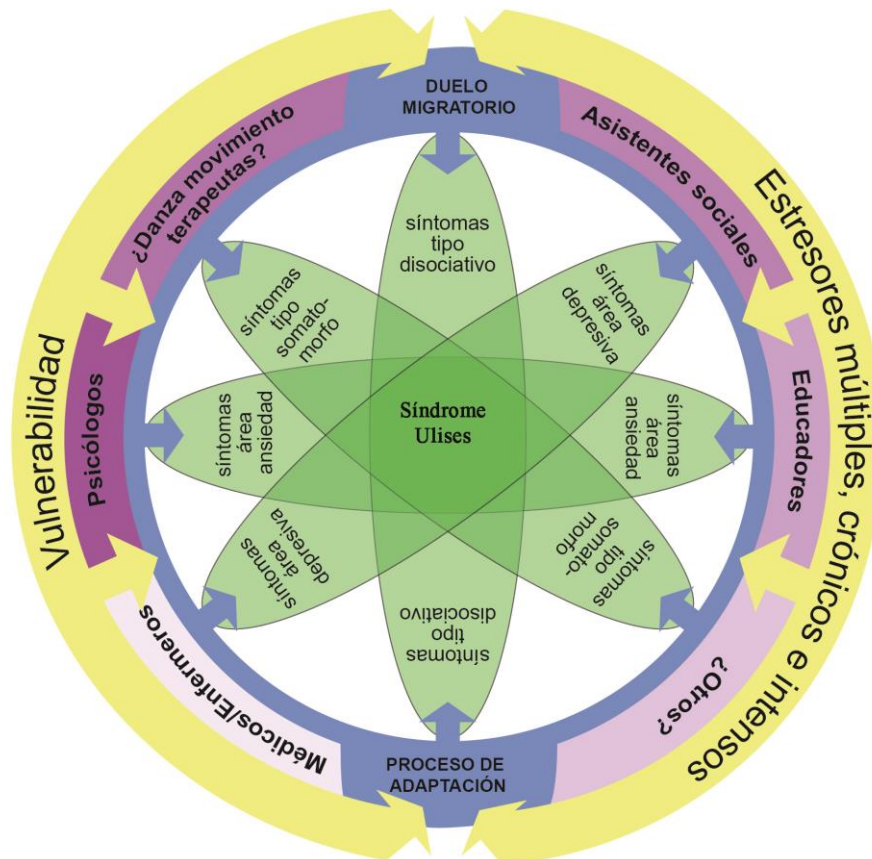


Figura 3: Modelo de atención multidisciplinaria preconizado para tratar el SU



2.2. La Danza Movimiento Terapia

2.2.1. Definición y consideraciones culturales

La Danza Movimiento Terapia (DMT) es una modalidad terapéutica **psicodinámica** y **relacional**, un diálogo de movimiento a través de canales sensoriales que prioriza la expresión creativa no-verbal, y en el que la terapeuta se sumerge empáticamente en la experiencia del paciente, acogiéndole donde está, creando un ambiente de confianza y seguridad que favorece la distensión de las conductas defensivas (Fischman, 2008). Tiene como principal objetivo favorecer la integración cuerpo-mente del individuo y parte de la premisa que “todo movimiento corporal puede llevar a su vez a cambios en la psique, promoviendo la salud y el crecimiento personal” (ADMTE, 2012).

La relación terapéutica en DMT es vista como un **espacio transicional** de juego en el que se establecen vínculos creativos y simbólicos entre el mundo interno y la realidad externa, entre terapeuta y paciente (Winnicott, 1971). El uso de lo **creativo** y **simbólico**, a través de material, sonidos, imágenes y movimientos, permite llegar a la problemática de forma menos directa, lo cual puede ser útil en casos de traumas y disociaciones (Koch y Harvey, 2012). Según Melanie Klein (1978), la representación simbólica causaría menos ansiedad que la verbal. Permitiría crear puentes entre componentes fragmentados de la experiencia (Eberhard-Kaechele, 2012) y establecer una cierta distanciación del problema, lo cual crea seguridad y facilita a su vez su elaboración.

Por otra parte, el hecho de que dos (o más) personas se muevan juntas favorece la creación de una relación empática entre ellas (Samaritter y Payne, 2013). Además, un acercamiento basado en la **enacción**¹² ayuda en llegar al paciente con dificultades para comunicar verbalmente y defensas elevadas, como puede ser el caso con inmigrantes.

¹² Del inglés *enact*: poner en ejecución, representar, actuar (Varela cit. en Fischman, 2008)

El crear, a través del movimiento u otro canal artístico, ayuda además en empoderar a la persona: la conecta con su propia fuerza creativa y estimula su capacidad para descubrir por si misma el significado de sus realizaciones (Marxen, 2004). Al sentirse activamente parte de su propio proceso terapéutico, su yo y autonomía se fortalecen y disminuye progresivamente su dependencia del terapeuta (Marxen, 2004).

Consideraciones culturales desde la DMT

La DMT preconiza tener en cuenta los **aspectos culturales** de la relación terapéutica: ser conscientes de las propias normas de referencia para evitar caer en el etnocentrismo, ser atento a las formas sutiles de prejuicios raciales, étnicos y culturales, saber que “las preferencias de movimiento individuales idiosincrásicas en realidad pueden ser los hábitos socioculturales inconscientes del cuerpo” (Chang, 2008, p. 321). Nuestro trabajo consiste, entre otras cosas, en ser conscientes de que las culturas difieren una de otra y de que nuestras concepciones de lo “sano” depende de nuestra perspectiva cultural (Dosamantes, 97). Buscamos aprender a pensar desde el otro (Martín, 2007), reconocer y construir puentes entre las diferentes culturas, trascenderlas y co-crear nuevas formas, buscando unidad en la humanidad común (Boas, 2006). Y para ello, no siempre es necesaria la comunicación verbal (Marxen, 2004).

Winnicott (1971) consideraba la herencia cultural como una “extensión del espacio potencial entre el individuo y su ambiente”, el adentro (grupo de pertenencia) y el afuera (grupo receptor), entre el pasado y porvenir (Grinberg y Grinberg, 1984, p. 25-26). El inmigrante necesitaría entonces un lugar y tiempo de transición entre el país objeto materno y el nuevo mundo, un espacio donde vivir la migración como un juego, con toda la seriedad e implicaciones que esto tiene para los niños (Grinberg y Grinberg, 1984). Un espacio donde la experiencia lo lleva al confiar (Winnicott, 1971), al

contrario de lo que ocurre en el mundo externo en el que se ve confundido por elementos persecutorios que pueden conducir al uso de defensas primitivas compensatorias y a la patología.

El espacio transicional y transcultural que ofrece la DMT, así como su trabajo a nivel simbólico pre y no-verbal puede tener valor añadido al trabajar con migrantes. A continuación, examinaremos entonces algunas técnicas y conceptos con los que se trabaja en DMT, y cuyos aportes podrían resonar con la problemática del Síndrome de Ulises. Como el cuadro del SU es amplio y complejo, variable de una persona a otra, la revisión bibliográfica que compone esta segunda parte del marco teórico también quiere abrirse en amplitud: se inspira de la literatura relacionada con migrantes y refugiados, pero también con trauma y depresión crónica, desde la DMT o desde disciplinas que la nutren o complementan, como por ejemplo las neurociencias, el *embodiment* o el *mindfulness*.

2.2.2. Técnicas y conceptos de DMT que podrían resonar con el Síndrome de Ulises

El espacio seguro

La base de cualquier tipo de trabajo terapéutico es la de establecer una relación de confianza en un espacio vivido como seguro. La población migrante, como hemos visto anteriormente, puede llevar una mochila cargada de esperanzas, pero también de traumas, duelos, inseguridades y desconfianza al llegar a un territorio nuevo, cuyas redes de apoyo pueden ser casi inexistentes. El *setting* (enquadre) del acompañamiento terapéutico tiene que permitir contener y regular el sufrimiento del paciente, y a la vez facilitar la expresión y el compartir de la emoción (Kalmanovitz y Ho, 2016). Según estos autores, el establecimiento de un sentido de seguridad es un proceso continuo, que se trabaja a lo largo de la terapia, de forma consciente y constante. No solo influye en

ello el espacio donde se realizan las sesiones, el respeto de la regularidad, del horario y de las normas pautadas, sino que también la relación que se construye progresivamente entre terapeuta y paciente desde la empatía y la ausencia de juicio.

Muchas son las inseguridades, presiones y cambios vividos fuera del encuadre terapéutico por el inmigrante, es entonces primordial que pueda encontrar, dentro de éste, un espacio para desarrollar un presente seguro para reapropiarse del propio cuerpo (Koch y Weidinger-Von der Recke, 2009). Citado por varios autores como la primera fase de la terapia en casos de trauma (Gerge y Pedersen, 2017; Dieterich-Hartwell, 2007; Pierce, 2014), el construir un espacio seguro contribuye en estabilizar el paciente, antes de que se confronte y empiece a elaborar sus problemáticas. Según Pierce (2014), esta fase resuena con la del apego temprano, en el que entran en juego las capacidades básicas, implícitas y a menudo no-verbales para la vinculación emocional y autorregulación, y en la que el niño (o en este caso el paciente) usa el ego externo fuerte del cuidador (terapeuta) para regularse a nivel psico-biológico. Para tejer esa progresiva **relación de confianza y seguridad**, el terapeuta en danza y movimiento está dispuesto a **empatizar** con su paciente, encontrarlo donde está y respetar su posición y ritmo. A través de técnicas como el *mirroring* (espejamiento), el *cross-modal matching*¹³, o el entonamiento rítmico, afectivo, cognitivo o de desarrollo (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999), el movimiento, la mirada, el sonido, la respiración o el ritmo se convierten en herramientas de comunicación no-verbal que transmiten al paciente que está siendo visto y aceptado tal como es.

Se recomienda entonces un “**holding environment**” (Winnicott, 1965), sin que la relación terapéutica sea intrusiva, ya que el paciente que ha sufrido trauma -o procede

¹³ En su aplicación en DMT, esta técnica consiste en responder a, o espejar un sonido o movimiento realizado por el paciente a través de otra modalidad sensorial.

de una cultura diferente- puede tener dificultades en desarrollar confianza en el otro (Gerge y Pedersen, 2017). Esta primera fase llevará al paciente a poder auto-regularse, relajarse en el nuevo espacio. Para ello, es importante crear un espacio confortable donde se sienta protegido, evitando así el riesgo de retraumatización, disociación o colapso (Gerge y Pedersen, 2017). El uso de material artístico tendría un efecto relajante (Malchiodi, 2014). La música, la posibilidad de traer objetos que le hagan sentirse un poco más “en casa” o las técnicas de respiración son herramientas que ayudan a construir este espacio seguro externo e interno (Dieterich-Hartwell, 2017; Dieterich-Hartwell y Koch, 2018).

Una **estructura** clara y repetitiva de las sesiones puede también ayudar a que la persona se sienta en confianza (Aranda, 2018). La libertad de elección o la improvisación pueden desconcertar a pacientes con poca autonomía, es importante entonces encontrar un equilibrio entre la contención y la libertad (Boas, 2004). El terapeuta intentará también despertar curiosidad respecto a este nuevo espacio creativo, y esperanza en un presente y futuro “good (enough)” (Gerge y Pedersen, 2017, p. 57).

Si pensamos en el trabajo con inmigrantes padeciendo de estrés crónico y múltiple, se recomienda hacer también un especial hincapié en la **confidencialidad** del espacio para que éste sea vivido como seguro, ya que muchos pueden encontrarse en situación ilegal.

Como vemos entonces, la confidencialidad, el sentimiento de seguridad hacia el espacio, el terapeuta y en el propio cuerpo son importantes para el paciente y para que la terapia pueda ser aprovechada. Sin embargo, el **cuerpo** es precisamente el lugar donde se almacena el trauma, y del que a menudo el inmigrante acaba por disociarse para evitar contactar con el sufrimiento. Pierde la sensación de “at-homeness” en su cuerpo (Koch, Caldwell y Fuchs, 2013, p. 88), y las memorias traumáticas no procesadas se

convierten en síntomas psicósomáticos, sin vínculo consciente entre la experiencia presente y pasada. La memoria corporal puede ser evocada a través de los sentidos y del movimiento (Koch, Caldwell y Fuchs, 2013; Koch y Harvey, 2012; Eberhard-Kaechele, 2012), pero las intervenciones del terapeuta tienen que ir hacia un re-acercamiento progresivo y cuidadoso del cuerpo. Las técnicas explicadas a continuación permiten una primera toma de contacto no demasiado directa, son destinadas a contener al paciente y fomentar su confianza, a estabilizarlo antes de abrir el paso a etapas más introspectivas.

El setting grupal¹⁴ y el ritmo

El **grupo** es una formación particularmente indicada para pacientes que sufren de soledad, aislamiento social, alienación, como puede ser el caso de quien padece de SU. Permite además un aprendizaje emocional dentro de la relación interpersonal y sus respectivos espejos, ya que “huyendo de sí mismos en el otro, acaban por encontrarse consigo mismos a través del otro” (Mingote, J. C., Machón, B., Isla, I., Alicia, P. y Nieto, I., 2001). Aprendemos a conocernos a través de la imagen que los demás tienen de nosotros y de la influencia que uno ejerce sobre los demás (Neri, 1995).

Este tipo de *setting* tiene un efecto contenedor y ayuda a no disociar en pacientes con traumas (Koch y Weidinger-Von der Recke, 2009). Permite ser visto, escuchado, testiguado y sirve para compartir y normalizar el comportamiento y la expresión (Kalmanowitz y Ho, 2016). El poder contar su historia es un primer paso hacia la construcción de una narrativa (y más adelante nueva historia) y su elaboración (Santacruz y Muñoz, 2014), lo cual es complejo en pacientes traumatizados que a menudo se quedan atrapados en pre-narrativas no elaboradas, como discos rallados (Koch y Weidinger-Von der Recke, 2009). Mingote et al., (2001) explican que este

¹⁴ N.B.: en DMT, el acompañamiento puede ser por supuesto también individual. Elegimos enfocarnos aquí hacia el *setting* grupal ya que será el preconizado para el proyecto piloto.

trabajo de narración permite reforzar la identidad del paciente, aunque puede temporalmente intensificar la ansiedad, con lo cual es importante potenciar los recursos sanos de este último dentro de un espacio respetuoso y seguro. El narrar es también una forma de apoderarse de su historia y tomar distancia de ella; el ser escuchado desde la aceptación y empatía es a su vez un primer paso hacia la legitimización y reconocimiento de la vivencia muchas veces mantenida secreta, y hacia la creación de una red de apoyo a menudo ausente fuera del encuadre terapéutico. El grupo también puede ser una oportunidad para abrirse a nuevas culturas, creencias, aunque se ha de ser cauteloso al momento de juntar individuos provenientes de culturas muy diferentes y quizás antagónicas.

Desde la DMT, la pionera Marian Chace ya había evidenciado, en los grupos de pacientes con los que trabajaba, los beneficios del moverse juntos en un **ritmo** común:

Chace recognized rhythm as organizing individual behavior and creating a feeling of solidarity and contagion among people. [...] As feelings are expressed in a shared rhythm, each member draws from the common pool of energy and experiences a heightened sense of strength and security. (Chaiklin y Schmais, 1979, pp. 80-81).

Schmais (1985) explica que cuando una persona tiene problemas, los ritmos que la conectan consigo misma, con los demás y el entorno se ven afectados o interrumpidos. Por este motivo, el moverse juntos en un ritmo común ayuda a recrear orden y estructura vital en el individuo, a recobrar una armonía rítmica perdida.

Hoy en día numerosos estudios corroboran estas primeras intuiciones y las complementan. El ritmo fomenta aspectos psicosociales, activa la memoria y las emociones, además de crear empatía (De Tord y Bräuninger, 2015). Según estas autoras, el moverse juntos en un ritmo común, empodera, conecta a las personas y las enraíza en el presente. Procura

seguridad (Eberhard-Kaechele, 2012), fomenta los comportamientos pro sociales (Pierce, 2014), el sentimiento de pertenencia y la interacción, lo cual podría ayudar en la integración del inmigrante. Puede ser eventualmente usado como ritual de apertura o cierre de cada sesión.

La percusión corporal es otra forma de sincronizar y unir al grupo, además de estimular la conciencia corporal y la percepción sensorial (De Tord y Bräuninger, 2015). Junto con el cantar o realizar sonidos al moverse (lo cual ayuda en respirar y crear pausas), estimula la producción de oxitocina (una hormona que, entre otro, reduce el estrés), produce seguridad y confianza (De Tord y Bräuninger, 2015).

El mirroring (espejamiento)

El espejar al otro en movimiento puede realizarse desde diferentes ángulos y graduando la “exactitud” del espejamiento según el resultado buscado¹⁵, pero en general permite al terapeuta resonar con la experiencia del paciente y aumentar su **empatía** hacia él (Koch y Harvey, 2012), a la vez que permite al paciente sentirse acompañado y aceptado.

El buen desarrollo de la regulación del afecto y de las competencias sociales dependen del tipo de espejamiento o entonamiento que recibió el niño de su cuidador (Eberhard-Kaechele, 2012; Winnicott, 1965). Si éste no respondió a las necesidades pre-verbales del niño, el niño tendrá dificultades en entonarse con los demás o mentalizar sus propios estados internos (Eberhard-Kaechele, 2012). Es así que las intervenciones terapéuticas como el *mirroring*, que permitan recapitular el desarrollo de la **mentalización**, pueden ayudar al paciente a regular sus estados internos en la interacción, siempre según esta autora. Además, quien padece de trastornos disociativos por haber vivenciado un trauma puede ver afectada su capacidad de procesar instrucciones verbales y ser obligada a

¹⁵ Para una clasificación de las varias modalidades de *mirroring*, ver Eberhard-Kaechele (2012).

aprender por imitación (Eberhard-Kaechele, 2012). El espejamiento permite entonces (re)aprender a regularse a través del espejo que es el otro.

Pensando en la población migrante, es además una técnica no-verbal transcultural que permite sentirse acompañado más allá de las diferencias socio-lingüísticas que puedan existir entre ésta y la sociedad acogedora, representada por el terapeuta. Su uso es interesante si pensamos que muchas veces el inmigrante es invisible a la sociedad de acogida. A través del espejamiento, está siendo visto y reflejado, lo cual tendrá beneficios a nivel de auto-reconocimiento, de auto-afirmación de su nueva identidad en construcción. En este sentido podría ser también interesante la técnica “Baum-circle” (Baum, 1991, cit. en Koch y Harvey, 2012), desarrollada para personas con trastornos disociativos de identidad y que consiste en una improvisación libre de movimientos dentro del grupo terapéutico. El grupo funciona de contenedor y observa, testigua sin juzgar a la persona expresando y exteriorizando (“punching out” vs “punching in”, Koch y Harvey, p. 375) sus sentimientos de forma no peligrosas para él mismo u otros.

En todo caso, como mencionamos, el espejamiento sirve para generar confianza y seguridad dentro de la relación terapéutica, lo cual permitirá abrir puertas de introspección más profundas. Para ello, entran también en juego las técnicas que siguen.

Estar enraizado y presente

Mirarse hacia dentro y conectar con sus emociones puede ser aterrador. Por lo tanto, es importante trabajar el equilibrio, la fuerza y la conexión con la tierra para tener suficiente seguridad interna antes de enfrentarse a sus sufrimientos y traumas. El concepto de ***grounding*** (enraizamiento) tiene que ver con la interacción cuerpo-mente, con el estar físicamente, mentalmente y emocionalmente bien centrado y equilibrado (De Tord y Bräuninger, 2015). Lowen (1993), padre de la bioenergética e inventor del

concepto, consideraba que una persona con conciencia corporal, con “los pies en el suelo” (bien enraizada) es una persona equilibrada, madura psicológicamente y en contacto con la realidad (De Tord y Bräuninger, 2015, p. 16). Según Hackney (2002, p. 236), alguien enraizado es una “persona presente consigo mismo, que se siente en casa en su cuerpo/mente”. Por lo tanto, las prácticas *embodied* como la bioenergética y la DMT buscan trabajar la estabilidad física para llegar a la estabilidad emocional, haciendo especial hincapié en los pies y las piernas, consideradas como la base y el soporte estructural del Self, y en el alineamiento vertical entre pies, pelvis y cabeza (De Tord y Bräuninger, 2015).

El trabajo relacionado con el *grounding* tiene especial pertinencia con una población precisamente desarraigada. Ofrece seguridad al momento presente, ayuda a contener y bajar/regular la ansiedad (Pierce, 2014; Dieterich-Hartwell, 2017), a enfrentar la realidad (Koch y Harvey, 2012), además que permite descargar la energía y tensión en el suelo (De Tord y Bräuninger, 2015). Permite también reconectar con la propia fuerza interna, sentirse vivo y capaz de hacer, restituye sentido de agencia y auto-eficacia (Koch y Harvey, 2012), lo cual es importante en pacientes que, como vimos, han perdido muchas veces el control sobre sus vidas o proyectos migratorios. Es además una herramienta valiosa para el terapeuta, al poder ser la contratransferencia corporal con esta población la de sentirse sin fuerza en las piernas, desconectado del suelo, lo cual refleja la impotencia y deriva sentidas quizás por el paciente y el mismo terapeuta.

Otra ventaja del enraizamiento es que fomenta la capacidad de **estar presente** en el aquí y ahora, al conectar con el suelo (Meekums, 2002). El estar presente es un estado que usa el dmt¹⁶ como herramienta para estar a la escucha verbal y corporal del paciente,

¹⁶ dmt: danza movimiento terapeuta

para empatizar a nivel kinestésico con él y poderle así proponer dinámicas relacionadas con estas sensaciones encarnadas (García, 2004). Pero es también una herramienta que podrá adquirir progresivamente el paciente, en general poco consciente de su cuerpo en el aquí/ahora. Desde luego, conectar con el tiempo del cuerpo, el presente, hecho de inseguridades y miedos, puede ser desestabilizador. Así será tal vez vivido como más seguro el aferrarse al pasado conocido o el proyectarse en un futuro desconocido y susceptible de ser idealizado. Por lo tanto, es importante aprender a (re)conectar, dentro del espacio terapéutico, con un cuerpo enraizado, presente y a la vez en seguridad, para que el Self lo rehabilite progresivamente y permanezca presente en él, volviendo a ser su conductor y no su pasajero, evitando así las disociaciones en situaciones sociales (Koch y Harvey, 2012). El estar presente es además la base para entrar en la acción, permitir que nuevas sensaciones positivas habiten el cuerpo y empezar a construir, así, un futuro más esperanzador (Koch y Harvey, 2012). En relación con este propósito, nos centraremos ahora en la conciencia corporal y los beneficios de las prácticas que fomentan el estar presente *con* y *en* el cuerpo.

Conciencia corporal y procesamiento emocional

La **conciencia corporal** es la conciencia precisa y subjetiva de las sensaciones provenientes de estímulos tanto externos como internos al cuerpo (Rothschild, 2000). Se divide en propiocepción, interocepción y eterocepción. La **eterocepción** recibe y transmite las informaciones externas al cuerpo (un sonido, por ejemplo) a través de receptores sensoriales externos (Caldwell, 1996). La propiocepción e interocepción se ocupan de la información interna y de su transmisión al cerebro. Sentimos un hormigueo o un dolor muscular gracias a nuestra **interocepción**. Este sentido nos ayuda a mantener nuestra homeostasis. La **propiocepción** se ocupa de como el cuerpo se

mueve, del esfuerzo necesario y de la coordinación entre una parte y otra para realizar una determinada tarea o movimiento.

La DMT usa técnicas destinadas a fomentar el *bodyfulness* o “atención plena del cuerpo”¹⁷ (Caldwell, 2018, p.19) desde sus inicios, consciente de que esto ayuda en el bienestar general y en la capacidad de análisis, distanciamiento y transcendencia de la propia situación (Pallaro, 1996). Hoy en día, la neurociencia viene a comprobar la eficacia de estas herramientas. Por ejemplo, Blakeslee y Blakeslee (2007) encontraron pruebas de que el prestar atención a la interocepción influye en la habilidad de experimentar, distinguir y gestionar las emociones y los sentimientos. Este dato puede ser útil al trabajar con pacientes con síntomas depresivos o relacionados con ansiedad y trauma, que se suelen desconectar de sus emociones y cuerpos, en los que no se sienten seguros y cuyo sentido de interocepción puede ser comprometido (Dieterich-Hartwell, 2017). Trabajando la conciencia corporal, promoviendo la integración entre cerebro derecho e izquierdo, se podrían entonces establecer nuevas conexiones a nivel motor y emocional, ya que muchos de los circuitos neuronales han sido cortados o limitados por el cerebro para protegerse de la sobre-exposición emocional en casos de traumas (Van de Kolk, 2015; Malchiodi 2014; Koch y Weidiger-Von der Recke, 2009). Se ha demostrado por ejemplo que las imágenes enfocadas hacia el crecimiento de la columna vertebral, los movimientos lentos y conscientes generan **neuroplasticidad** (Dieterich-Hartwell, 2017). Trabajando en esta dirección, nuevas vías hacia la introspección y comunicación podrían a su vez ser abiertas (Hindi, 2012). Van de Kolk (2006) explica que para lidiar con el trauma es útil aprender a activar nuestra capacidad introspectiva y desarrollar curiosidad hacia a nuestras experiencias internas. Según él, es importante que los

¹⁷ Caldwell (2018) utiliza el término *bodyfulness* en oposición con el actualmente popular *mindfulness* porque este último perpetuaría la idea de que la atención plena reside solo en la mente y no en el cuerpo entero, como si ésta fuera una entidad superior que dirige el cuerpo.

pacientes puedan entender y expresar sus experiencias de diferentes formas, verbales y no, para permitir al material inconsciente o disociado de manifestarse y de no quedarse atrapado sin procesar en el cuerpo. En otras palabras, “hacer consciente lo inconsciente”, uno de los objetivos de las Terapias Creativas usando como vehículo, en el caso de la DMT, el movimiento. Dejar que el inconsciente nos mueva (“I am moved” vs “I move”), tal como preconizaba hace tiempo la pionera Mary Whitehouse (Adler, 1987).

Así, las modalidades terapéuticas corporales van haciendo camino. Varios autores preconizan un acercamiento “bottom up” (del cuerpo hacia la mente) en la **regulación emocional** (Dieterich-Hartwell, 2017; Kalmanovitz y Ho, 2016). La idea es que se vive una experiencia traumática antes de todo a través de los sentidos y cuerpo, donde queda codificada en la memoria corporal (Caldwell, 2012); por lo tanto, es desde las vías somáticas que se podrá re-acceder a ello y sanar de forma más duradera que usando únicamente el área cognitiva (acercamiento “top-down”) (Eberhard-Kaechele, 2012; Koch y Harvey, 2012). Lo mismo preconiza Pallaro (1996), al considerar que el sujeto se construye a través de sensaciones corporales que le permiten sentir sus límites y empezar su identificación. Explica que es a través de la experiencia corporal que se puede modificar o fortalecer el “indwelling” (habitar el cuerpo, Winnicott, 1965) e integrar las representaciones del propio Self.

Sin embargo, hay que ser cauteloso porque a menudo los cuerpos que han padecido experiencias traumáticas son demasiado (o demasiado poco) sensibles. Hay que respetar el ritmo y la capacidad del paciente a poder (re)conectar progresivamente con su cuerpo, sin forzarlo (Eberhard-Kaechele, 2012), y se recomienda empezar por áreas menos vulnerables, como por ejemplo las extremidades del cuerpo (Pierce, 2014). Tania (2013, p. 96) propone la técnica del *mindfulness* (“atención al cuerpo”) para llegar al *embodiment* (“atención con el cuerpo”). Distingue tres fases para favorecer la

sensación de seguridad en quién no está preparado para conectar directamente con su cuerpo: atención al entorno, a los límites corporales y a las sensaciones corporales.

Otros estudios que podríamos vincular con la sintomatología del SU son los que asocian **depresión** y **dolor crónico** con bajos niveles de conciencia corporal (De Jong et al., 2016). Se ha demostrado que ciertas áreas del cerebro, que se activan en caso de dolor, también lo harían al trabajar la conciencia interoceptiva, y que métodos que fomentan la conciencia corporal (como el *mindfulness*) facilitarían la auto-regulación del dolor (De Jong et al., 2016). Kalmanovitz y Ho (2016) explican que la práctica del *mindfulness*, al prestar atención al cuerpo, a sentimientos y pensamientos en el aquí/ahora y desde el no-juicio, ayuda a no escapar de las emociones y hacerse familiar de ellas (mismo si dolorosas), y fomenta la capacidad de (auto)observación y de formación de una nueva identidad. Junto con el proceso creativo, permite dar sentido a los eventos traumáticos y a la vida presente, encontrando nuevos caminos en el cuerpo y la mente.

Michalak, Burg y Heidenreich (2012), por su parte, enumeran varios estudios que evidencian los beneficios del *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) en casos de **depresión crónica**, de **trastornos del sueño** o de **ansiedad**. Según ellos, practicar *mindfulness* mejora la conciencia corporal, lo cual a su vez tiene efectos en la depresión: facilitaría el descentrarse de ciertos pensamientos o sentimientos, el darse cuenta de que no son verdades absolutas ancladas en nosotros, ni menos corresponden a quienes somos; ayudaría también en voltearse hacia las experiencias en vez de huir de ellas, sin caer en estados ruminativos o negativos de pensamientos. Asimismo, los autores hablan del vínculo entre procesos corporales, cognitivos y emocionales (perspectiva del *embodiment*), y de la influencia que puedan tener la expresión facial, la postura o ciertas cualidades de movimiento (Koch, 2009) en nuestro estado de ánimo y vice versa. Los

resultados positivos encontrados por Röhricht, Papadopoulos y Priebe (2013) en su estudio sobre la eficacia de las psicoterapias corporales con depresión crónica también son alentadores si pensamos en la cronicidad de los síntomas depresivos del SU.

Vemos entonces que el cuerpo puede ser una puerta de entrada a traumatismos y sufrimientos no procesados y difícilmente verbalizables (Koch y Weidinger-Von der Recke, 2009). Las dmt pueden brindar soporte en el proceso emocional, e incluso en la formación de la identidad, gracias a intervenciones enfocadas en la interocepción (Hindi, 2012). El condicionamiento interoceptivo puede tomar bastante tiempo, pero una vez establecido e interiorizado, sería más resistente y conduciría a más desinhibición (Hindi, 2012), lo cual es interesante si pensamos en la aplicación en la vida cotidiana de estas herramientas, para ir progresivamente haciendo las paces con el propio cuerpo (Dieterich-Hartwell, 2017).

Enacción, flexibilidad y resiliencia

En DMT, pensamos que la **enacción** de un sentimiento, pensamiento o recuerdo ayuda a distanciarse de ello y a exteriorizarlo. Pensamos que tomar distancia a nivel cognitivo no es suficiente, el cuerpo tiene que contar su historia en su propio lenguaje para hacer las paces con la experiencia (Koch, Caldwell y Fuchs, 2013). Una vez exteriorizada, sea a través de una creación plástica o en movimiento, ésta puede ser observada, se puede interaccionar con ella, llevando a un eventual cambio (Koch, Caldwell y Fuchs, 2013). Según Kalmanovitz y Ho (2016), el acercamiento experimental que permite la acción (al practicar arte o *mindfulness*) tendría un impacto en nuestra habilidad para regular emociones. La inmersión en la creación permite además a nuestra mente de fantasear y desarrollar imágenes mentales de algo que quizás fue roto o ya no existe, pero que puede ser reconstruido, lo que a su vez impulsa a la acción (Gerge y Pedersen, 2017). Permite distraerse y puede llevar además a funcionar de manera más flexible (Bonanno,

Horenczyk y Noll, 2011). A menudo quien ha vivido un trauma pierde **flexibilidad** (en su mente, así como en sus circuitos motores) y se queda anclado en un patrón de pensamiento que le permite ganar control, protegiéndose así de ulteriores sufrimientos. La flexibilidad a su vez estaría vinculada con la **resiliencia** y la superación (Kalmanovitz y Ho, 2016). Wengrower (2015) considera incluso los términos “resiliencia” y “elasticidad” como sinónimos. Cita resultados alentadores de recientes estudios que apostan en el cuerpo como recurso para “navegar en torrentes” (Cyrulnik, 2003, en Wengrower, 2015, p. 154). Reconoce también los beneficios del *grounding*, de la conciencia corporal, meditación, respiración y danza para fomentar la resiliencia. Según ella, la danza y el movimiento estimulan la liberación de endorfinas que influyen en el humor y la relajación. De Tord y Bräuninger (2015) individuaron, por su parte, que el trabajar la resistencia física y la fuerza, de forma lúdica, estimulaba la resiliencia.

Desde la perspectiva psicosocial, se considera la resiliencia como “combinaciones entre los atributos del sujeto y su ambiente familiar, social y cultural” (Sayed-Ahmad Beiruti, 2010, p. 274.). La población que nos interesa suele provenir de grupos estrechamente conectados a nivel social, lo que facilitaría su capacidad de enfrentar adversidades (Wengrower, 2015), pero una vez en el nuevo territorio estos grupos pueden no existir. Así, el individuo ya fragilizado por todos los estresores mencionados anteriormente y sin círculo social para potenciar su resiliencia se vería doblemente afectado. Por este motivo las disciplinas que trabajan la enacción, la flexibilidad y por consecuencia actúan sobre la resiliencia podrían resultar útiles.

La(s) identidad(es) en movimiento

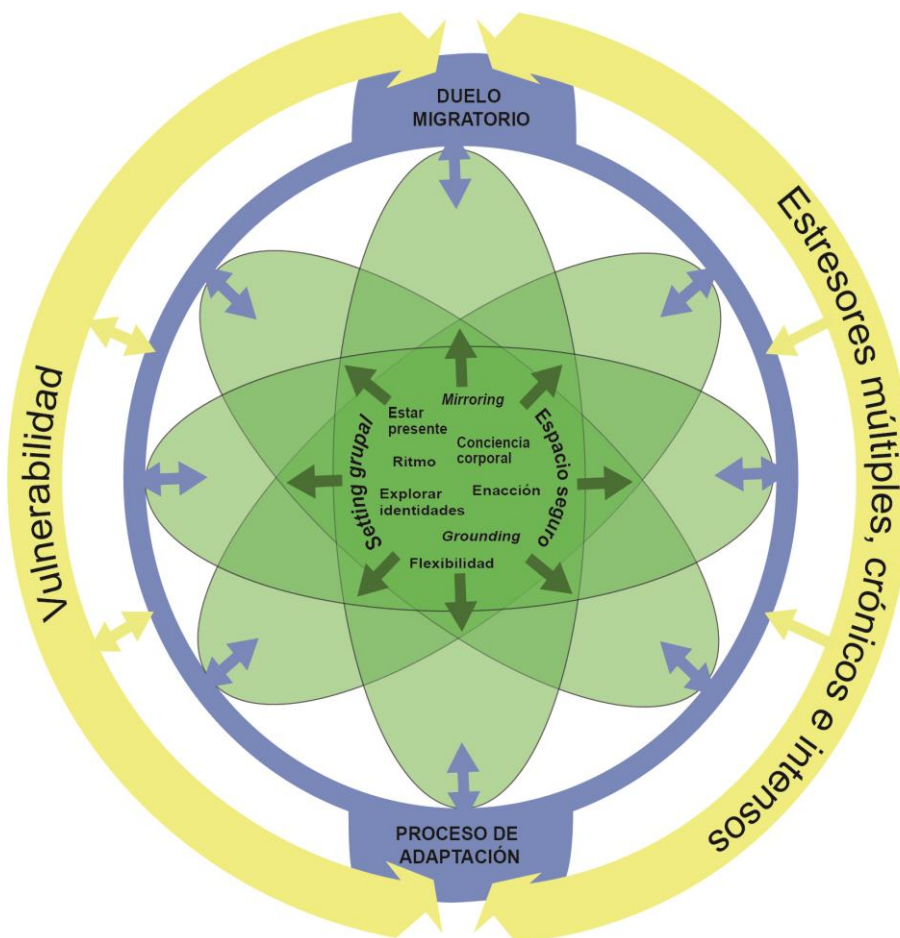
En respuesta al proceso de **cambio de identidad(es)** producido por la migración, realizamos aquí un inciso desde la perspectiva de la DMT. Para la DMT, el cuerpo no es solo el lugar de la expresión sino también de las prácticas sociales, y la danza ofrece múltiples repertorios y posibilidades de adaptarse a las diferencias etnoculturales (Jorba, 2018). Según Jorba, la DMT tiene como objetivos, entre otros, de explorar la identidad a escala somática para mejorar la integración identitaria del individuo, facilitar las transiciones migratorias (a través de ritos de paso, por ejemplo), favorecer la comprensión mutua e integración de comunidades diferentes, desarrollar recursos somáticos que pueden ayudar a manejar el estrés identitario e incrementar la tolerancia y resiliencia en situaciones de limbo y adversidad. Además, en las terapias creativas, no hace falta adaptarse al lenguaje del profesional o país de acogida para expresarse (Marxen, 2004).

El concepto lingüístico de ***code-switching*** (alternancia de código), que se aplica en psicología para referirse a modelos de identidad racial múltiples que se alternan en el comportamiento y modo de pensar de quien ha internalizado dos (o más) culturas, es particularmente interesante al momento de trabajar con individuos en proceso de adaptación (Jorba, 2018). El movimiento permite ir y venir conscientemente entre esos códigos, fusionarlos y crear nuevas formas y referentes. Permite encontrar, en el mismo cuerpo, espacios y fronteras identitarias flexibles y cambiantes en función del contexto en el que se encuentra el individuo. El movimiento se adapta al proceso identitario, también dinámico, y permite integrar la novedad y lo que cuesta asimilar y nombrar (García, 2018). Así, el cuerpo puede convertirse en el nuevo hogar de identidades para quien ya no pertenece plenamente ni a una ni a otra identidad y se convirtió en un “sin hogar cultural” (Navarrete-Viveo y Rae-Jenkins, 1999, cit. en Jorba, 2018).

En conclusión

Después de haber presentado una serie de técnicas y conceptos usados en DMT y sus relativas aportaciones, nos preguntamos entonces si éstos podrían también jugar un papel positivo en la compleja sintomatología del SU e influir a su vez en el proceso de duelo, de adaptación e incluso quizás en la vulnerabilidad de la persona padeciendo de SU, tal como lo ilustra la figura IV. Es con estas preguntas en la mente que nos encaminamos hacia la última parte de este trabajo, la de la elaboración de un proyecto piloto pensado para personas diagnosticadas de Síndrome de Ulises.

Figura 4: Eventuales aportes de DMT con la población sufriendo de SU



3. Proyecto Piloto

3.1. Presentación de un proyecto piloto mixto

Objetivo y metas

La presente propuesta está destinada a **explorar la acogida y los eventuales aportes** de una intervención de Danza Movimiento Terapia con un grupo de personas diagnosticadas de Síndrome de Ulises. La revisión bibliográfica sobre las aportaciones de la DMT con inmigrantes, refugiados y con poblaciones que sufren de síntomas similares a los del SU sugiere que una perspectiva *embodied*, transcultural, creativa y principalmente no-verbal como la DMT podría también tener efectos positivos sobre el bienestar de quien padece de SU y tener un valor añadido dentro del modelo de atención multidisciplinaria preconizado para enfrentar el cuadro. Sin embargo, todavía no hay evidencia empírica de ello ni información sobre qué elementos o modelo de DMT podrían ser incorporados en un plan de tratamiento adaptado a la compleja sintomatología y al diagnóstico diferencial propios del cuadro.

Este proyecto propone entonces **medir la evolución del bienestar mental** de los participantes al estudio, así como **poner el foco en la experiencia del participante**, desde su perspectiva personal y cultural, **y en el contenido de las sesiones**. Es *a través de* y *con* los que viven en primera persona y de forma encarnada el SU, y con la ayuda de las terapeutas que los acompañarán, que se pretende entender mejor este complejo síndrome y explorar vías de DMT para trabajar con quienes lo padecen. Al ser un proyecto piloto exploratorio, se podrá ser flexible e ir probando las dinámicas, repensar, refinar la metodología y los contenidos en función de las observaciones realizadas durante el proceso de investigación.

Variables

Como ya se ha comentado anteriormente, el SU nace dentro las áreas bio-psico-social, por este motivo intervendrán en el presente estudio numerosas variables:

- **a nivel personal:** si la persona tiene necesidades básicas cubiertas o no, si está enferma, si su sintomatología es más bien de tipo confusional, somatomorfo, del área de la depresión o de la ansiedad. Si la persona migró sola o tiene a su familia agrupada, si tiene hijos, si algo pasa en su red más cercana durante el estudio, etc.

- **a nivel socio-cultural:** ¿qué tipo de proceso de aculturación está teniendo la persona? ¿Qué connotación cultural tiene el participar a un proyecto relacionado con salud mental, el moverse en un grupo, hablar frente a otros? ¿Qué dominio tiene del idioma y de los códigos culturales del nuevo territorio? También influirá si la persona trabaja o no, si (des)aparece una oportunidad laboral o formativa durante el estudio; si sale una resolución favorable o no en su obtención de documentos, si hay riesgo de exclusión, etc.

Todas estas variables son difícilmente controlables y pueden tener consecuencias sobre el estado general del participante, su motivación en participar al estudio y su ausentismo.

Triangulación, reflexividad y ética

Dadas las variables, características y metas de este proyecto piloto exploratorio, la **triangulación**, o sea el hecho de estudiar un mismo fenómeno desde varios ángulos (se puede dar tanto a nivel teórico, metodológico, de recolección y análisis de datos, de fuentes o de investigadores), permitirá reducir el sesgo de los investigadores y conferir más validez a los resultados (Alzás et. al, 2016). La metodología será entonces mixta: se conjugarán y retroalimentarán datos cualitativos (entrevistas de tipo etnográfico) y cuantitativos (medición del bienestar mental). En efecto, la complejidad de un síndrome fruto de lo bio-psico-social y cuyos síntomas pertenecen a varias áreas y requieren un diagnóstico diferencial también exige una metodología amplia y flexible (Alzás et. al,

2016), que se adapte al fenómeno estudiado (Núñez, 2017; González, 2009). La triangulación teórica podrá a su vez enriquecer el estudio, permitiendo leer la problemática desde la DMT y el ángulo psico-social.

Por otra parte, el estudio tendrá que conllevar **reflexividad**: el investigador, al igual que los terapeutas, tiene un impacto en todo lo que plantea y observa (desde la elección del marco teórico a la de la metodología, etc.). Como explica Hills de Zarate (2016), es un ser humano con sus emociones, cultura, pensamientos, ideales políticos, etc. trabajando con otros humanos, que tienen a su vez los suyos, y que pueden despertar elementos contra-transferenciales en los profesionales que los acompañan. Además, cada estudio se inserta en un contexto cultural, político y económico preciso que a su vez lo influenciará, tal como se explicó en la introducción al trabajo (pp.12-14). El ser consciente e interrogarse al respecto de todo ello durante el proceso, buscando hacer la luz sobre los puntos ciegos de la investigación podrá incluso enriquecerla. Así, el investigador, con sus capacidades de percepción, distanciamiento y reflexión se convertirá en una herramienta suplementar de investigación (González, 2009).

La **ética** será otro pilar del proyecto: al elegir una población doblemente en riesgo (a nivel de salud mental y de legalidad), se tendrá que poner al participante, su bienestar y seguridad, siempre al centro de las preocupaciones, y se tendrá que garantizar su anonimato y la confidencialidad del estudio a través de medidas explicadas más adelante.

3.2. Diseño de la investigación

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Como ya mencionado, en la población que nos interesa las variables bio-socio-culturales y los estresores son elevados. Los criterios de inclusión y exclusión al proyecto desean entonces limitar, dentro de lo posible, el impacto de estos últimos en la muestra¹⁸.

Sintomatología

Si bien sería ideal componer un grupo con individuos con síntomas parecidos, puede que esto sea bastante difícil dado la amplitud de la sintomatología del SU. En todo caso, se excluirán a las personas:

- con tendencia psicótica, ya que podrían poner en riesgo el buen desarrollo de las sesiones y la seguridad de todos;
- demasiado fragilizadas (con historial de abuso, tortura, violencia doméstica o prostitución, por ejemplo), ya que podrían traer al grupo temáticas difíciles de elaborar dentro del marco temporal relativamente breve del proyecto y dada la vulnerabilidad de los participantes.

Será entonces importante realizar una **evaluación previa de los riesgos** en colaboración con los profesionales de salud mental de la institución que acompaña a los participantes. Éstos podrían además necesitar un seguimiento externo a las sesiones de DMT que aseguraría la institución. El objetivo es realizar el proyecto en colaboración con el SAPPPIR. Se podrá también acudir a asociaciones trabajando con inmigrantes, siempre que éstos últimos hayan sido previamente diagnosticados de SU.

¹⁸ Se precisa que las personas elegidas para el proyecto, al haber estado en contacto con la metodología, no podrán participar de nuevo si un estudio parecido se volviera a realizar, para evitar eventuales sesgos.

Género

La idea de un grupo mixto no parece adecuada en este caso ya que por razones culturales el estar en contacto con personas del otro sexo podría limitar a las personas en su expresión verbal y no-verbal. El moverse frente a desconocidos puede ser difícil y la connotación que tiene la danza según qué cultura (sexual, de seducción, no apto para hombres, etc.) podría influir en la participación si el grupo fuera mixto. Se plantea entonces un primer proyecto con sólo **mujeres**, que generalmente suelen demostrar menos resistencia al movimiento creativo que los hombres.

Edad

Personas entre **18 y 44 años**, dado que las probabilidades de desarrollar SU serían más elevadas en esa franja de edad (Achotegui et al., 2015). Hay que precisar que según la proveniencia del participante (regiones muy alejadas de la ciudades o culturas que no consideran relevante este dato), su edad “oficial” puede ser inexacta.

Proveniencia e idioma

Población **extra-comunitaria**, posiblemente proveniente de culturas más bien cercanas entre ellas. De no ser posible, habrá que vigilar que las culturas no sean antagonistas para evitar el riesgo de conflictos dentro del grupo.

Los participantes deberán de tener como mínimo un **conocimiento básico de castellano** (comprensión y expresión oral), idioma en el que se realizarán las sesiones de DMT.

3.2.2. Consentimiento informado y consideraciones éticas

Antes de iniciar el estudio, una reunión individual e informativa en presencia de un representante de la institución como testigo está prevista para explicar al eventual participante, en términos que podrá entender fácilmente, en qué consiste la investigación

y las sesiones de DMT, con qué frecuencia se realizarán, etc., para que pueda decidir participar de forma libre y voluntaria. Se responderá a sus preguntas y dudas, dejándole tiempo de reflexión. Una vez su decisión tomada, firmará el **consentimiento informado** (ver Anexo 3). Si el participante no sabe/no puede leer, el testigo lo hará para él. Si por motivos lingüísticos no entiende la información, se pedirá la ayuda de un traductor registrado y aprobado por la institución.

Como visto anteriormente, el 81% de las personas con SU son indocumentados (Achotegui et al., 2015). Por lo tanto, existe una alta probabilidad de que los participantes sean migrantes “económicos”¹⁹ y teman ser gravados o que cierta información sea compartida con las autoridades, comprometiendo así su permanencia en el territorio. Se garantizará entonces el **anonimato** del participante atribuyéndole un código. La hoja de descodificación se guardará en un lugar seguro y separado del resto de datos. Tampoco se mencionará el nombre de la institución en los resultados. Se hará hincapié en la **confidencialidad** del estudio y de las sesiones de DMT, y en la protección de los datos facilitados, que son además datos sensibles (origen racial, religión, estado de salud mental y física, por ejemplo). El acceso a estos últimos, encriptados y protegidos con contraseña, será limitado al equipo de investigadores. Por fines de verificación y de integridad de la investigación, serán guardados por una duración mínima de 5 años. Pasado ese tiempo, el responsable del fichero los eliminará de forma irreversible con métodos físicos y mediante desmagnetización o uso de software especializado de sobre escritura de datos para los datos digitalizados.

¹⁹ Según datos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR/ACNUR, 2019), los migrantes económicos son los que dejaron su país en busca de oportunidades laborales. Pueden provenir de países extremadamente pobres y llegar a jugarse la vida para entrar en un país con el fin de trabajar. Los refugiados, en cambio, huyen de guerras, violencia o persecución y se ven obligados a salir de sus países. Tienen derecho a ser documentados como solicitantes de protección internacional y a acceder al mercado laboral a partir de los 6 meses desde la presentación de la solicitud.

3.2.3. Diseño de la intervención de DMT

Número de participantes y tipo de grupo

Se privilegiará el formato grupal para trabajar desde el sentimiento de pertenencia, de contención, estructura y empoderamiento que puede ofrecer el grupo. El mostrarse y moverse en este formato puede resultar difícil, por motivos personales o culturales, por esta razón se elegirán dinámicas más bien estructuradas y contenedoras, sobre todo al inicio (ver *Sobre el tipo de intervención*, p. 58). Por este mismo motivo, se opta por un grupo reducido de **6 personas**, para poder además dedicar más atención a cada una y fomentar la confianza. Se podrán así realizar dinámicas en pareja o pequeños grupos.

Siempre con el fin de crear un ambiente seguro, el grupo será **semi-abierto**, para poder sustituir eventuales bajas. Se tendrá que ser transparentes al respecto para no reproducir dinámicas de exclusión con una población ya fragilizada por ello. Solo se sustituirán a quienes anuncian explícitamente su renuncia, el ausentismo no será motivo de baja.

Pasada la quinta sesión no se realizarán más sustituciones, ya que el proceso estará demasiado encaminado y que la asistencia a menos de 4 sesiones no sería significativa.

En todo caso, estas normas se mencionarán en el consentimiento informado y hablarán *en y con* el grupo si alguna baja tuviera que suceder.

Horizonte temporal

Se prevén **8 sesiones semanales de 1h30**. Se opta por un formato semanal y de duración relativamente breve porque será probablemente difícil que los participantes se comprometan a más en tales situaciones de vulnerabilidad y por tener quizás que responder a obligaciones familiares o laborales. Sin embargo, esta duración ya deja margen para familiarizarse con ciertas dinámicas, con el grupo y las terapeutas. Será

preferible elegir un horario correspondiente con el de la escuela para prevenir eventuales ausencias por motivos de cuidado de los hijos.

Ámbito de referencia

Sería ideal que el espacio fuera cedido por la institución, de disponer ésta de un **espacio** cumpliendo con las **normas** requeridas para sesiones de DMT: suficientemente grande para permitir dinámicas en movimiento; limpio y despejado de obstáculos que podrían poner en riesgo la integridad física de los participantes; cerrado para garantizar la confidencialidad y evitar eventuales interrupciones. Se privilegiará una sala no demasiado aislada para poder recurrir a ayuda externa si necesario.

Conducción de las sesiones

Por razones de seguridad, se propone una conducción por una **terapeuta** y una **co-terapeuta**. Así, si alguien se lesiona, no se siente bien o experimenta un episodio de retraumatización, la co-terapeuta podrá ocuparse de quien necesita especial atención sin que el grupo pierda a su conductora. Es preferible que las terapeutas sean también mujeres, para limitar la eventual vergüenza al expresarse y favorecer la confianza. Ambas tendrán que tener experiencia en intervenciones en contexto multi e intercultural, y especial sensibilidad para acompañar a una población fragilizada.

Será importante tener en cuenta lo relativo a la **transferencia/contratransferencia cultural** (Sayed-Ahmad Beiruti, 2010). La transferencia, en contextos interculturales, puede llegar a ser “negativa” (Sayed-Ahmad Beiruti, 2010, p. 288), al representar el terapeuta el poder colonial o del país receptor. Asimismo, las terapeutas tendrán que prestar atención a sus propios prejuicios, intereses y curiosidad hacia la cultura de los participantes. Sería entonces ideal que la institución les proporcionara supervisión. De no ser posible, tendrán que acudir a supervisión por cuenta propia.

Las terapeutas estarán en contacto con los profesionales referentes de los participantes, por si alguien necesita acompañamiento fuera de las sesiones. Vigilarán a la confidencialidad de las sesiones, pero tendrán que romperla si consideran que existe riesgo para el participante u otra persona. Para evitar eventuales sesgos, la terapeuta, la co-terapeuta y la investigadora serán personas diferentes. La investigadora se encargará de la recogida, del análisis y almacenaje de datos, así como de la selección de los participantes, en colaboración con la institución.

Sobre el tipo de intervención

El anexo 2 consiste en una **hoja de ruta** para las sesiones, inspirada en el marco teórico y en la experiencia de la autora. Se presenta como un abanico no exhaustivo de posibles dinámicas diseñado para la población a la cual se dedica este proyecto. Está destinada a ser puesta en práctica, complementada y moldeada en función de las necesidades contextuales y de las observaciones y experiencia provenientes de la práctica clínica, con el objetivo de ver si, con el tiempo, intervenciones de este tipo dan resultados²⁰. No se trata de un protocolo a seguir al pie de la letra, ya que en DMT siempre se intenta respetar y partir de las necesidades del paciente/grupo, encontrándolo donde está, dejando espacio para construir y descubrir juntos. Es más bien una primera caja de herramientas que permitirá otorgar una **estructura** básica y repetitiva a las sesiones, con el objetivo de minimizar la ansiedad que puede provocar el moverse juntas y dar más seguridad al grupo, tal como mencionado anteriormente.

Su estructura se inspira de la estructura tradicional en DMT: *check-in*, calentamiento, desarrollo de un tema central, cierre y *check-out*. Los *check-in/out* son espacios verbales

²⁰ Para ello sería en realidad necesario un proyecto más longitudinal. Sin embargo, se presenta en este proyecto piloto como un punto de partida, un recompilerio que podrá ser ampliado y modificado con el tiempo y la práctica a más largo plazo.

en los que los participantes comparten como están y como se han sentido durante la sesión. El calentamiento sirve para conectar progresivamente con el cuerpo y prepararlo para la dinámica central. Ésta puede variar en función de las problemáticas traídas al grupo y contener un grado más o menos elevado de improvisación (según la autonomía del grupo), a diferencia del resto de las dinámicas, más dirigidas. Se propone mantener esta estructura para garantizar a los participantes una cierta seguridad sobre lo que se propone en las sesiones, crear rituales. En efecto, puede ser vivido como angustiante el tener demasiada libertad y tener que “apropiarse” de un espacio desconocido, cuando ya es difícil apropiarse del propio cuerpo y vida, sobre todo para un colectivo cuyo poder de decisión sobre la propia condición y supervivencia es limitado. El trabajar desde la repetición permite además que cada uno se sienta en confianza con las dinámicas y las interiorice a su ritmo. Así es también más fácil que éstas, una vez asimiladas e integradas, se conviertan en eventuales rituales fuera de las sesiones.

3.2.4. Recogida de datos

Entrevistas individuales a los participantes

Antes de iniciar las sesiones de DMT, la **primera entrevista** (ver Anexo 4) recogerá, a través de preguntas principalmente abiertas, datos socio-demográficos del participante, datos sobre su salud, sus síntomas y su situación migratoria, con el objetivo de aprender más sobre él y su SU, y de vigilar a su seguridad durante las sesiones de DMT.

La **segunda entrevista** (ver Anexo 5) será enfocada en la experiencia vivida por la persona durante las sesiones y compuesta también de preguntas principalmente abiertas que darán pie a ulteriores preguntas y/o aclaraciones en función de la narración del participante. Se hará hincapié en cómo se ha sentido en las sesiones (mentalmente y corporalmente), en cómo ha vivido las relaciones y las dinámicas dentro del grupo, y en

la valoración general de la experiencia. Se realizará entre 4 a 5 días después de la última sesión, para aprovechar de recuerdos y vivencias reposados, pero aún frescos. Es mejor evitar realizarla justo después de la última sesión, para que emociones y sentimientos relativos al final del proceso no influyan en las respuestas. Será también una oportunidad para el participante de cerrar con su propio proceso dentro del proyecto.

Ambas entrevistas serán grabadas por audio y, si necesario, un traductor certificado ayudará.

Comentarios relativos a las entrevistas:

- Al igual que dentro de una relación terapéutica, las entrevistas en profundidad tienen que ser **reflexivas** y dejar que el entrevistado sea quien lleve al entrevistador a donde quiere, y no al contrario (Montañés, 2010).

- Para reducir el eventual nerviosismo provocado por la entrevista y llevar a la persona a compartir información personal, es importante hacer lo necesario para que se sienta cómoda y en **confianza**: elegir un lugar y momento adecuado; evitar las interrupciones externas; dejar claro al entrevistado el papel de la investigadora y lo que pasará en la entrevista; dejar que marque su ritmo y cuidar de las transiciones entre temáticas; demostrar empatía e interés hacia el entrevistado, no entrometerse en lo que dice; usar códigos y lenguaje cercanos a los suyos (Montañés, 2010). Por otra parte, la investigadora tendría que ser considerada como alguien de confianza. Para ello, sería oportuno que la institución le abriera sus puertas antes del inicio del proyecto, para que se familiarice progresivamente con los usuarios, participando idealmente como observadora en algunas reuniones, consultas.

- El **idioma** podrá influir en *cuanto* y *como* la persona hable de su experiencia. Se es consciente que las preguntas abiertas pueden ser más complejas para quien no maneja bien el idioma. Sin embargo, se eligen para evitar el bombardeo de preguntas y observar

qué elementos surgen espontáneamente, en qué orden y de qué manera dentro de la narración del participante, ya que todo ello es significativo también.

- Es posible que ciertas personas no estén aún preparadas para hablar de ciertas temáticas. Así, se tendrá que **respetar el proceso** del participante y no insistir.
- Se tendrá que ser consciente del desafío de construir conocimiento “objetivo” sobre un problema a partir de una **doble subjetividad**, la del entrevistado y la del entrevistador (Núñez, 2017).

Escala de bienestar Mental de Warwick-Edinburgh²¹

Esta herramienta servirá para medir y ver si el bienestar mental de los participantes evoluciona tras las sesiones de DMT. Complementará el contenido de las entrevistas.

Se elige esta escala (ver Anexo 7) porque ha sido validada en varios países y con varios tipos de población, limitando así un eventual enfoque etnocentrista de la definición de bienestar mental. Dispone de una versión castellana gratuita²² y validada (Castellví et al., 2013), y es incluso utilizada en Catalunya en el cuestionario básico de la Encuesta de Salud (Generalitat de Catalunya, 2018). Dadas las eventuales limitaciones lingüísticas de la población elegida, se opta por su versión breve, la **SWEMWBS**, también validada en numerosos estudios (Rogers, Dodds, Campbell y Young, 2018; Vaingankar et al., 2017; Fat, Scholes, Boniface, Mindell, Stewart-Brown, 2017).

La escala se inspira de la definición de “salud” de la OMS, que relaciona el bienestar psicológico más bien con indicadores de calidad de vida que con eventuales trastornos y

²¹ La escala *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale* (WEMWBS) fue fundada por el Programa Nacional del Gobierno escocés para incrementar la Salud Mental y el Bienestar, comisionada por NHS Health Scotland, desarrollada por la Universidad de Warwick y la Universidad de Edimburgo, y es propiedad conjunta de NHS Health Scotland, la Universidad de Warwick y la Universidad de Edimburgo (Steward-Brown y Janmohamend, 2008).

²² Para usar la Escala, es necesario registrarse previamente por email con el Dr. Julsum Janmohamend (k.janmohamend@warwick.ac.uk) o con la Prof. Sarah Stewart-Brown (sarah.stewart-brown@warwick.ac.uk)

enfermedades (Serrani, 2015). Mide, a través de 14 afirmaciones (7 para la versión breve), los aspectos positivos de salud mental de las dos semanas anteriores a la realización del cuestionario. Se refiere a aspectos hedónicos (enfocados en la experiencia subjetiva de felicidad) y eudaemónicos (enfocados en la realización personal) de bienestar mental (Serrani, 2015). La puntuación varía entre 5 puntos que van de “nunca” a “todo el tiempo”. Se suman los ítems para obtener el resultado final.

Está prevista una primera medición antes del inicio de la primera sesión de DMT y una antes de la última sesión. Se elige no hacerlo después de las sesiones, para que lo que haya podido ocurrir en éstas no influya en las respuestas. Un traductor podrá ayudar a las personas con problemas de comprensión escrita en castellano. Un ayudante externo leerá las afirmaciones si el participante no sabe/puede leer.

Entrevistas a las terapeutas

Se opta por una entrevista semi-estructurada de preguntas abiertas después de la cuarta sesión y otra después de la última (ver Anexo 6). La entrevista intermediaria permitirá ir rectificando la metodología usada en de las sesiones si necesario. Se efectuarán con las dos terapeutas por separado y se grabarán por audio. Se colectará material sobre el grupo (su participación, motivación, eventuales ausencias o tensiones), sobre la hoja de ruta y sobre el estado general de los participantes. Antes del inicio del proyecto, las terapeutas se reunirán con la investigadora para hablar del contenido y estructura de las sesiones.

3.2.5. Análisis y almacenamiento de datos

Los datos recogidos se analizarán y organizarán de la manera siguiente:

- La evolución del bienestar mental de cada participante, medido con la Escala Breve de Warwick-Edinburgh, será presentada en un **diagrama** similar al del Anexo 8.

- Las entrevistas serán **transcritas** y se efectuará un **análisis temático** de la información facilitada. Una tabla de clasificación *a priori* de las entrevistas está presentada en el Anexo 8. Ésta podrá ser modificada en función las (sub)temáticas que aparecerán una vez realizadas las entrevistas. Para cada tópico, se recogerán las unidades de significado que aparecen en la transcripción. Se usará el logicial Nvivo para categorizar y tejer relaciones entre los datos, que se corroborarán mediante un análisis manual. Ambas tipologías de datos se complementarán y serán confrontadas para ver si van en la misma dirección o si se observan divergencias.

Los datos serán guardados en mínimo dos soportes para garantizar su **respaldo**. Para que sean de fácil acceso, se considera usar laptop y nube mientras la investigación esté en curso. Sin embargo, esta portabilidad tiene riesgos, motivo por el cual a medida que se irán recolectando datos primarios, éstos se guardarán idealmente en un almacén de datos institucional. Los resultados de la investigación se podrán eventualmente depositar en el repositorio institucional, de disponer ésta de uno, para facilitar su acceso.

3.2.6. Para resumir

- Un grupo semi-abierto de DMT de 6 mujeres entre 18 a 44 años, diagnosticadas de SU, extra-comunitarias y con por lo menos un nivel básico de castellano.
- 8 sesiones semanales de 1h30, en un espacio seguro cedido eventualmente por la institución, conducidas por una terapeuta y una co-terapeuta.
- Instrumentos de recogida de datos mixtos: entrevistas de tipo etnográfico (2 para los participantes, 2 para las terapeutas) y Escala Breve de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh (2 mediciones).

- Análisis de datos mixto: diagramas comparativos de los datos cuantitativos, transcripción de las entrevistas y análisis temática (Nvivo y manual).

- Limitaciones: numerosas variables incontrolables, muestra muy reducida y vulnerable.

Varias subjetividades intervienen en el proyecto; pueden ser consideradas como limitaciones, pero también como elementos que lo enriquecerán. Para ello, la reflexividad y triangulación son claves. Será importante también demostrar flexibilidad a lo largo del proyecto piloto, y mantener el foco en el proceso (y no en los resultados).

4. Conclusiones

Este trabajo, poniendo el foco en el Síndrome de Ulises desde el campo de la Danza Movimiento Terapia, quiso aproximarse a síntomas múltiples y crónicos (debidos a una particular configuración bio-psico-social) desde una disciplina holística, amplia y flexible como la DMT; quiso proponer un acompañamiento creativo y *embodied* dentro del acercamiento multidisciplinar preconizado por quien trabaja con personas con SU.

Partiendo de lo que ya se sabe sobre el Síndrome y sobre DMT (y otras disciplinas que trabajan desde el cuerpo y la creatividad) con migrantes y poblaciones padeciendo de síntomas parecidos a los del SU, se trazaron vías posibles entre ambos. Con el objetivo de explorar, en la práctica, si estas vías son viables y de qué manera, se elaboró un proyecto piloto mixto destinado a instituciones o asociaciones que trabajan con migrantes diagnosticados de SU.

La idea del proyecto es dejarse guiar en gran parte por quienes conjugan el Síndrome al presente y a la primera persona. Darles voz a los *outsiders*, a los que experimentan las fallas del sistema en su propio cuerpo y por lo tanto tienen mucho por enseñar desde su perspectiva vivida (Marxen, 2009; 2018). La intención no es de clasificar o generar casillas, la experiencia de cada uno es única y subjetiva, además de irrepetible, ya que se enmarca dentro de un contexto personal y socio-político-cultural, en un momento preciso (Hills de Zarate, 2016). Se quiere simplemente despertar curiosidad: la de quienes trabajan con la población migrante y más precisamente con SU, la de los participantes, y ampliar la propia. Curiosidad e interés hacia la posibilidad de trabajar *con y desde* el cuerpo para enfrentarse a algo definitivamente “corporizado”: la experiencia de quien decidió, forzado o no, dejar atrás su vida, sus seres queridos y sus referencias culturales para emprender un viaje en búsqueda de otras vías de

supervivencia o de superación; la experiencia de quien vive las consecuencias de esta decisión en su piel, día tras día. Un poco a la imagen de cualquier viaje migratorio, es una aventura larga y compleja la que se propone, que generó, genera y generará todavía varias dudas. Sin embargo, como dice el poema (Machado, 1912), es al caminar que se irá creando el camino y que se disiparán, quizás, algunas nubes.

Al pensar y diseñar el proyecto presentado aquí se generaron otras ideas y curiosidades, que podrán a su vez formar parte de ulteriores proyectos o intervenciones con la población que nos interesa. Nació por ejemplo la idea de crear una hoja de observación específica para trabajar con migrantes, para observar las eventuales características comunes de sus perfiles de movimiento y su eventual evolución dentro del marco de las sesiones de DMT, usando herramientas de análisis de movimiento de Laban o de Kestenberg. A su vez, al desear trabajar también con hombres, se podrían comparar las experiencias vividas por estos últimos y las vividas por mujeres, dentro de un encuadre similar. Sería también interesante trabajar a nivel de prevención de la aparición del SU: tener la posibilidad de estudiar, en un proyecto longitudinal, si las personas que han tenido la oportunidad de participar de un grupo terapéutico de danza y movimiento al momento de su llegada al nuevo territorio tienen las mismas probabilidades de desarrollar más adelante un cuadro crónico que los que no han tenido esta oportunidad. Se podría también trabajar a nivel individual y ver si los resultados van en la misma dirección que los obtenidos a nivel grupal. Sería por último interesante, más adelante, ir más allá de un enfoque multidisciplinario y pensar en un proyecto de tipo interdisciplinario, que uniera las competencias de los diferentes actores que intervienen en la prevención y en el acompañamiento del Síndrome de Ulises.

Estas ideas se quedan en la mente para eventuales próximos proyectos, ya que, si las previsiones de la ONU se cumplen, se esperan muchos más movimientos migratorios en

contextos socio-políticos por lo visto cada vez más complejos y hostiles. Se delinea entonces al horizonte de un futuro cercano un incremento de las necesidades de acompañar a migrantes quizás cada vez más vulnerables; una necesidad de crear espacios donde se sientan bienvenidos, escuchados, vistos y recogidos.

Nota final

Una noche de otoño, caminando de vuelta a mi casa, volví a encontrarme con Ali por casualidad, precisamente en la época en la que redactaba este trabajo y lo tenía muy presente en mi mente. Me contó orgullosamente que, después de haber pasado por múltiples peripecias, había finalmente obtenido sus papeles. Mientras me hablaba, contemplaba a un Ali diferente. Ya no parecía ser un fantasma a mis ojos, me parecía un joven altísimo, con un cuerpo más tónico y fuerte y con un tono de voz más firme. Un joven en búsqueda de trabajo y que me corregía al escucharme hablarle en francés a su amigo de la infancia recién llegado a Barcelona...

Me acordé, después de este sorprendente encuentro, de la expresión “come home to the body at the present instant” (Michalak, Burg y Heidenreich, 2012, p. 395) y del proceso que había empezado Ali en nuestras sesiones: un proceso de reconciliación e integración entre su parte “junior” (él la denominaba así, era su parte más “infantil”, más bellamente “ingenua” quizás, la que depositaba todas sus esperanzas en su talento y pasión por su deporte predilecto, la de sus sueños migratorios empezados en su país natal) y su parte “senior” (la parte más “adulta”, en contacto con la cruda realidad, que estaba luchando por su supervivencia en el nuevo territorio).

Tal vez acompañar a los migrantes en su proceso de “volver a casa dentro de un cuerpo más seguro e integrado” podría ser la difícil, pero a la vez hermosa misión del terapeuta en danza y movimiento con esta población de la cual tenemos mucho por aprender.

*Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar.*

Proverbios y cantares (XXIX)
Campos de Castilla
Antonio Machado.

Referencias bibliográficas

- Achotegui, J. (2003). La depresión en los inmigrantes extracomunitarios: características del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista clínica electrónica en atención primaria*, (3). Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2004m2n3/rceap_a2004m2n3a10.pdf
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud Mental*, 5(21), 39-52.
- Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). En Sayed-Ahmad Beiruti, N., García Galán, R., González Rojo E. (Coords.). *Salud mental en la inmigración* (pp. 63-86). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de servicios sociales)*, (46), 163–171.
- Achotegui, J. (2009b). 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.
- Achotegui, J., Morales, M. M., Cervera, P., Quirós, C., Pérez, J. V., Gimeno, N., Llopis, A., Moltó, J., Torres, A. M., Borrell, C. (2010). Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. *Norte de Salud Mental*, 8(37), 23–30.
- Achotegui J., (2010b). *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgos en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio*. Girona: Ediciones El Mundo de la mente.
- Achotegui, J. (2012). La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises. *Temas de Psicoanálisis*, 3, 1–16. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/01/ACHOTEGUI-PDF.pdf>
- Achotegui, J. (s.f). *Migración y salud mental. Síndrome de Ulises*. Recuperado de <https://studylib.es/doc/6607092/migración-y-salud-mental-el-s%C3%ADndrome-ulises>
- Achotegui, J., López, A., Morales, M. M., Espeso, D., y Achotegui, A. (2015). Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises: Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPPIR en Barcelona. *Norte de Salud Mental*, 13(52), 70–78.

- Achotegui, J., Solanas, A., Fajardo, Y., Espinosa, M., Bonilla, I., y Espeso, D. (2017). Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración. *Norte de Salud Mental*, 15(57), 13–23.
- Adler, J. (1987). Who is the witness? A description of Authentic Movement. In Pallaro, P. (Ed.) (1999). *Authentic Movement. Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- ADMTE. Asociación de Danza Movimiento Terapia Española (2012). *¿Qué es la DMT?* Recuperado de <https://www.danzamovimientoterapia.com/index.php/sample-sites/que-es-dmt>
- Ajuntament de Barcelona (2015). *El Plan "Barcelona, Ciudad Refugio": ¿qué es ¿por qué? ¿quién participa? ¿cuáles son sus ejes de trabajo?* Barcelona, ciutat refugi. Recuperado de <http://ciutatrefugi.barcelona/es/el-plan>
- Alzás, T., Casa, L. M., Luengo, R., Torres, J. L., Verissimo, S. (2016). Revisión metodológica de la triangulación como estrategia de investigación. *Atas - Investigação Qualitativa em Ciências Sociais* (3), 639-648.
- Aranda, E. (2018). *Un Viaje que comenzó mucho antes de hacer las maletas: el sufrimiento y las diferencias culturales en el proceso terapéutico*. Bellaterra: UAB. Recuperado de https://recercat.cat/bitstream/handle/2072/326781/2018_Tesina%20DMT_Elena_Aranda.pdf?sequence=1
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing. Recuperado de <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Asociación Médica Mundial (2015). *Manual de Ética Médica*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/que-hacemos/educacion/manual-de-etica-medica/>
- Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology: An international*, 46(1), 5-68.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation : living successfully in two cultures. *International Journal of intercultural relations*, 29, 697-712.
- Blakeslee, S. & Blakeslee, M. (2007). Where mind and body meet. *Scientific American Mind*, 44–51.
- Boas, S. (2004). Developing Transcultural Competence. *e-motion*, 14(9), 17-20.

- Boas, S. (2006). The body of culture: Transcultural competence in dance movement therapy. En Payne, H. (Ed.) (1992). *Dance Movement Therapy: Theory, Research and Practice* (pp. 111–130). London : Routledge (Second Edition, 2006).
- Bonanno, G., Horenczyk, P. R., & Noll, J. (2011). Coping flexibility and trauma: the perceived ability to cope with trauma (PACT) scale psychological trauma: theory, research, practice, and policy. *American Psychological Association*, 3(2),117–129.
- Caldwell, C. (1996). *Getting our bodies back*. Boston: Shambala.
- Caldwell, C. (2012). Sensation, movement and emotion. En Koch, S. C., Fuchs, T., Summa, M. y Müller, C. (Eds.). *Body memory, metaphor and movement* (pp. 255-265). London: John Benjamins Publishing Company.
- Caldwell, C. (2018). Gracia y coraje: La Danza Movimiento Terapia en el siglo XXI. En Panhofer, H., Campo, M. y Rodríguez R.M. (Eds.). *¡Con-muévete y mueve el mundo! Jornadas para la celebración del 15º aniversario del máster en Danza Movimiento Terapia* (pp. 87-99). Bellaterra : Servei de Publicacions Universitat Autònoma.
- Callaghan, K. (1998). In limbo. Movement Psychotherapy with Refugees and Asylum Seekers. En Dokter, D. (ed.). *Arts therapists, refugees and migrants reaching across borders*. Londres: Jessica Kingsley.
- Carranco, R. (3 de mayo de 2019). Menores migrantes en Cataluña: el 18% delinque y son muy reincidentes. El País. Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2019/05/03/catalunya/1556885616_055951.html?rel=mas
- Carranco, R. y Rodriguez, M. (12 de marzo de 2019). Tres ataques en una semana a centros de menores migrantes en Cataluña. El País. Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2019/03/11/catalunya/1552335446_666906.html?rel=mas
- Castellví, P., Forero, C. G., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., Gabilondo, A., Mompart, A., et al. (2013). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of life research*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/256449294_The_Spanish_Version_of_the_Warwick-Edinburgh_Mental_Well-Being_Scale_WEMBS
- Catalano, B. (2013). *Les voyageurs: Le grand Van Gogh*. Marsella. Recuperado de <https://brunocatalano.com/>

- Chaiklin, S. y Schmais, C. (1979). The Chace approach to Dance Therapy. En Lewis, P. (Ed.) (1986). *Theoretical approaches in Dance Movement Therapy* (pp. 75-97). Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company (vol.1).
- Chang, M. (2008). La conciencia cultural y el context global de la DMT. En Wengrower, H. y Chaiklin, S. (Coords.). *La vida es danza: el arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 315-334). Barcelona: Gedisa.
- Colell, E. (30 de junio del 2019). Catalunya ingresaría 10 millones al mes si regularizara a inmigrantes sin papeles y el resto de España, 50. El Periodico. Recuperado de <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20190630/la-seguridad-social-pierde-diez-millones-de-euros-al-mes-por-no-regularizar-los-inmigrantes-en-catalunya-7523744>
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) (2018). *Informe 2018: Las personas refugiadas en España y Europa*. Madrid: CEAR. Recuperado de <https://www.pear.es/wp-content/uploads/2018/06/Informe-CEAR-2018.pdf>
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) (2019). *Informe 2019: Las personas refugiadas en España y Europa*. Madrid: CEAR. Recuperado de https://www.pear.es/wp-content/uploads/2019/07/INFORME_CEAR_2019.pdf
- Congostrina A. L. (11 de Julio de 2019). Cataluña activa un plan de choque ante la presencia de menores migrantes en la calle. El País. Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2019/07/09/catalunya/1562698654_749486.html
- Congostrina, A. L., Carranco, R., Mouzo Quintáns, J. (15 de Julio de 2019). La calle, el refugio de los jóvenes migrantes. El País. Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2019/07/14/catalunya/1563132461_232509.html
- De Jong, M., Lazar, S. W., Hug, K., Mehling, W. E., Hölzel, B. K., Sack, A. T., Peeters, F., Ashih, H., Mischoulon, D. y Gard, T. (2016). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on body awareness in patients with chronic pain and comorbid depression. *Frontiers in Psychology*, 7(967), 1-13. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00967/full>
- De la Mata, M., García, M., Santamaría, A. y Garrido, R. (2010). La integración de las personas migrantes. El enfoque de la Psicología Cultural y de la Liberación. En Melero Valdés, L. (Coord.). *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes* (pp. 115-146). Valencia: Fundación Cei Migra.

- De Tord, P. y Bräuninger, I. (2015). Grounding: Theoretical application and practice in dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 43, 16–22.
- Dieterich-Hartwell, R. (2017). Dance/movement therapy in the treatment of post-traumatic stress: A reference model. *The Arts in Psychotherapy*, 54, 38–46.
- Dieterich-Hartwell, R. y Koch, S. C. (2018). Danza movimiento Terapia como hogar temporal para los refugiados. Perspectivas desde la teoría y la práctica. En Panhofer, H., Campo, M., y Rodríguez R.M. (Eds.), *¡Con-muévete y mueve el mundo! Jornadas para la celebración del 15^a aniversario del máster de Danza Movimiento Terapia* (pp. 75-86). Bellaterra: Servei de Publicacions Universitat Autònoma Barcelona.
- Dokter, D. (1998). Being a Migrant, Working with Migrants. Issues of identity and Embodiment. En Dokter, D. (Ed.) *Arts Therapists, Refugees and Migrants. Reaching Across Borders* (pp.145-154). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Dosamantes-Beaudry, I. (1997). Embodying a cultural identity. *The Arts in Psychotherapy*, 24(2), 129–135.
- Eberhard-Kaechele, M. (2012). Memory, metaphor, mirroring and trauma. En Koch, S. C., Fuchs, T., Summa, M. y Müller, C. (Eds.). *Body memory, metaphor and movement* (pp. 267-287). London: John Benjamins Publishing Company.
- Erskine, R. G. (1999). Inquiry, Attunement, and Involvement in the Psychotherapy of Dissociation. En Erskine, R. G., Moursund, J., Trautmann, R., *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship*. New York: Routledge.
- Fat, L. Ng., Scholes, S., Boniface, S., Mindell, J. y Stewart-Brown, S. (2017), Evaluating and establishing national norms for mental wellbeing using the short Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): findings from the Health Survey for England. *Qual Life Res*, 26, 1129–1144.
- Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. En Wengrower, H. y Chaiklin, S. (Coords.). *La vida es danza: el arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 81-96). Barcelona: Gedisa.
- Foucault M. (1998). *La historia de la locura en la época clásica (I)*. México DF: FCE.
- Frías, I., Ríó, M., y Jiménez, C. (2008). El proceso de adaptación y Salud Mental de las mujeres inmigradas. En Sayed-Ahmad Beiruti, N., García, R. y González E. (Coords.), *Salud mental en la inmigración* (pp. 87-101). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- Fuchs, T. (2005). Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 12(2), 95-107.
- García M. E. (2004). Essere uno: primo atto terapeutico con una paziente psicotica. En Adorasio, A. e Garcia M.E. (Eds.). *Danza Movimento Terapia, modelli e pratiche nell'esperienza italiana*. Roma: Edizioni Magi.
- García, S. (2018). Tras-plantar. Aportes de la Danza Movimiento Terapia al proceso de integración de poblaciones migrantes. En Panhofer, H., Campo, M. y Rodríguez R. M. (Eds.). *¡Con-muévete y mueve el mundo! Jornadas para la celebración del 15º aniversario del máster en Danza Movimiento Terapia* (pp. 100-109). Bellaterra: Servei de Publicacions Universitat Autònoma.
- Generalitat de Catalunya (2018). *Escala de bienestar emocional WEMWBS. Salud mental positiva*. Recuperado de http://drogues.gencat.cat/es/professionals/prevencio_de_trastorns_mentals/wemwbs/
- Gerge, A. y Pedersen, I. N. (2017). Analyzing pictorial artifacts from psychotherapy and art therapy when overcoming stress and trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 54, 56–68.
- González, T. (2009). Flexibilidad y reflexibilidad en el arte de investigación cualitativa. En *Index de Enfermería*, 18(2), 121-125.
- Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la migración y el exilio*. Madrid: Alianza.
- Hackney, P. (2002). *Making connections – Total body integration through Bartenieff fundamentals*. New York: Routledge.
- Hills de Zarate, M. (2016). Voice of the Object: Art Psychotherapy and Translating Cultures. En Dokter, D. and Hills de Zarate, M. (Eds.). *International Arts Therapies Research: Intercultural perspectives* (cap. 9). London: Routledge.
- Hindi, F. S. (2012). How Attention to Interoception Can Inform Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 34(2), 129–140.
- Homero (s.VII a.c.). *La odisea*. Recuperado de [https://es.wikisource.org/wiki/La_Odisea_\(Luis_Segal%C3%A1_y_Estalella\)/Canto_IX](https://es.wikisource.org/wiki/La_Odisea_(Luis_Segal%C3%A1_y_Estalella)/Canto_IX)
- Ibáñez, P. L. y Checa y Olmos, F. (2017). Hacia una nueva clasificación antropológica de las alteraciones mentales de los inmigrantes negroafricanos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 457-475. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n132/0211-5735-raen-37-132-0457.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística (2019). *Indicadores demográficos 2018*. Recuperado de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
- Jorba, L. (2018). De la diversidad interna a las transiciones identitarias externas: competencias profesionales interculturales en la Danza Movimiento Terapia. En Panhofer, H., Campo, M. y Rodríguez R.M. (Eds.). *¡Con-muévete y mueve el mundo! Jornadas para la celebración del 15º aniversario del máster en Danza Movimiento Terapia* (pp. 87-99). Bellaterra: Servei de Publicacions Universitat Autònoma.
- Kalmanowitz, D. y Ho, R. T. (2016). Out of our mind. Art therapy and mindfulness with refugees, political violence and trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 49, 57-65.
- Karampoula, E. y Panhofer, H. (2018). The circle in dance movement therapy: A literature review. *The Arts in Psychotherapy*, 58, 27-32.
- Kim, B. S. (2007). Acculturation and enculturation. *Handbook of Asian American psychology*, 2, 141-158.
- Klein, M. (1978). *Simposium sobre análisis infantil. Obras completas II*. Buenos Aires: Paidós-Horme.
- Koch, S. C., Morlinghaus, K. y Fuchs, T. (2007). The joy dance: Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4), 340-349.
- Koch, S. C. y Weidinger-Von der Recke, B. (2009). Traumatized refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5), 289-296.
- Koch, S. C. y Harvey, S. (2012). Dance therapy with dissociative patients. En Koch, S. C., Fuchs, T., Summa, M. y Müller, C. (Eds.). *Body memory, metaphor and movement* (pp. 369-385). London: John Benjamins Publishing Company.
- Koch, S. C., Caldwell, C. y Fuchs, T. (2013). On body memory and embodied therapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 8(2), 82-94.
- Machado, A. (1912). *Campos de Castilla*. Madrid: Cátedra (2006).
- Madison, G. (2006). Existential Migration. *Existencial analysis*, 17(2), 238-260.
- Malchiodi, C. A. (2014). Neurobiology creative interventions, and childhood trauma. En Malchiodi, C. A. (Ed.). *Creative interventions with traumatized children* (pp. 3-23). New York, NY: Guilford Press.

- Martín, I. (2007). Trabajo social con población inmigrante: un enfoque transcultural. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (23), 71–82.
- Martín, M^a. C. et al. (2012). Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en la salud. *Metas de Enfermería*, 15(4), 58-63.
- Marxen, E. (2004). Arteterapia e inmigración. *Revista de Treball Social*, 173, 71-76.
- Marxen, E. (2009). La etnografía desde el arte. Definiciones, bases teóricas y nuevos escenarios. *Alteridades*, 19(37), 7-22.
- Marxen, E. (2018). La expresión veraz de los saberes corporalizados. En Azor Hernández I., Grijalva Maza, L. F., Gómez Rossi, A. A. R. (Coords.). *Más allá del texto. Cultura digital y nuevas epistemologías* (pp. 67-78). Puebla: Ediciones Itaca.
- Meekums, B. (2002). *Dance movement therapy. A creative psychotherapeutic approach*. London, UK: Sage Publications.
- Melero, L. y Díe, L. (2010). El enfoque psicosocial en las migraciones. En Melero, L. (Coord.). *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes* (pp. 71-113). Valencia: Fundación Cei Migra.
- Michalak, J., Burg, J. M. y Heidenreich, T. (2012). Mindfulness, embodiment and depression. En Koch, S. C., Fuchs, T., Summa, M. y Müller, C. (Eds.). *Body memory, metaphor and movement* (pp. 393-413). London: John Benjamins Publishing Company.
- Mingote, J. C., Machón, B., Isla, I., Alicia, P. y Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, 8. Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000161&a=Tratamiento-integrado-del-trastorno-de-estres-postraumatico>
- Montañés, M. (2010). Las entrevistas. En *Cimas. Cuadernos*. Recuperado de http://www.redcimas.org/wordpress/wpcontent/uploads/2012/08/m_MMontanes_LasENTREV.pdf
- Mouzo, J. (16 de mayo de 2019). La tensión por la acogida de menores migrantes estalla en plena campaña. El País. Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2019/05/15/catalunya/1557948667_901564.html
- Neri, C. (1995). *Grupo. Manual de psicoanálisis de grupos*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Núñez, J. (2017). Los métodos mixtos en la investigación en educación: hacia un uso reflexivo. *Cadernos de Pesquisa*, 47(164), 632-649.

- Organización Mundial de la Salud (2018). *CIE-11. Clasificación internacional de enfermedades, 11.ª revisión*. Recuperado de <https://icd.who.int/es>
- Ochoa, E., Vicente, N. y Lozano, M. (2005). Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista Clínica Española*, 205(3), 116-118.
- Pallaro, P. (1996). Self and body-self: Dance/movement therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy*, 23(2), 113–119.
- Pérez-Brignoli, H. (2007). Aculturación, transculturación, mestizaje: metáforas y espejos en la historiografía latinoamericana. *Cuadernos de Literatura*, 21 (41), 96-113.
- Pierce, L. (2014). The integrative power of dance/movement therapy: Implications for the treatment of dissociation and developmental trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 7–15.
- Riba, J. (2 de octubre de 2019). *El bienestar mental como aspecto positivo de la salud mental: el cuestionario WEMWBS como herramienta de medición*. ENFOCATSS. Recuperado de <https://jribace.es/2019/10/02/el-bienestar-mental-y-el-cuestionario-wemwbs-como-herramienta-de-medicion/>
- Rogers, K.D., Dodds, C., Campbell, M. et al. (2018). The validation of the Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS) with Deaf British Sign Language users in the UK. *Health Qual Life Outcomes*, 16(1):145.
- Röhricht, F., Papadopoulou, N. y Priebe, S. (2013). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of affective disorders*, 151(1), 85-91.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. Los Angeles, CA: W.W. Norton Company, Inc.
- Samaritter, R. y Payne, H. (2013). Kinaesthetic intersubjectivity: A dance informed contribution to self other relatedness and shared experience in non-verbal psychotherapy with an example from autism. *The Arts in Psychotherapy*, 40 (1), 143-150.
- Santacruz, H. y Muñoz, J. F. (2014). Trastorno de estrés post-traumático. En Escobar J. M., Uribe, M. (Comp.). *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial* (pp. 141-160). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Sayed-Ahmad Beiruti, N. (2010). Experiencia de migración y salud mental. Hacia un nuevo modelo de salud. En Melero Valdés, L. (Coord.). *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes* (pp. 259-295). Valencia: Fundación Cei Migra.

- Sayed-Ahmad Beiruti, N. (2013). Proceso migratorio, diversidad sociocultural e impacto sobre la salud mental. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, 87-101.
- Schmais, C. (1985). Healing process in Group Dance Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 8(1), 17-36.
- Searle, W., & Ward, C. (1990). The Predictions of Psychological and Socio-Cultural Adjustment During Cross-Cultural Transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 14(4), 449-464.
- Segura, C. (22 de julio 2018). Los refugiados son una excepción. El País. Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2018/07/22/catalunya/1532280028_856345.html
- Serrani, D. (2015). Traducción, adaptación al español y validación de la escala de bienestar mental de Warwick-Edinburgh en una muestra de adultos mayores argentinos. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 79-93.
- Steward-Brown, S. y Janmohamend, K. (2008). *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale. User guide version 1*. Scotland: Dr. Jane Parkinson Public Health Adviser NHS Health Scotland.
- Tantia, J. F. (2013). Mindfulness and Dance/movement therapy for Treating Trauma. En Rappaport, L. (Ed.). *Mindfulness and the creative arts therapies: theory and practice* (pp. 96-107). London: Jessica Kinsley.
- UNHCR/ACNUR. La agencia de la ONU para los refugiados. Comité español (2020). *Migrantes y refugiados, ¿qué diferencia hay? ACNUR responde*. Recuperado de <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/migrantes-y-refugiados-que-diferencia-hay-acnur-responde>
- Vaingankar, J. A., Abdin, E., Chong, S. A., Sambasivam, R., Seow, E., Jeyagurunathan, A., Picco, L., Stewart-Brown, S., y Subramaniam, M. (2017). Psychometric properties of the short Warwick-Edinburgh mental well-being scale (SWEMWBS) in service users with schizophrenia, depression and anxiety spectrum disorders. *Health Qual Life Outcomes*, 15(1):153.
- Van der Kolk, B. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 277–293.
- Van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. London: Penguin Books. Traduc. *El cuerpo lleva la cuenta*. Barcelona: Eleftheria (2015).

- Wengrower, H. (2015). Widening our lens: The implications of resilience for the professional identity and practice of dance movement therapists. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10(3), 153-168.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Traduc. *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa (2013).

Anexos

1. Escala “Ulises”

Gráfico 4			
	Vulnerabilidad		Estresores
Duelo por la familia	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por la lengua	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por la cultura	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por la tierra	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por el estatus social	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por el grupo de pertenencia	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por los riesgos físicos	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos

Recuento			
	Simples	Complicados	Extremos
Vulnerabilidad			
Estresores			
Duelos			

Observaciones	
Factores protectores	
Factores culturales	
Factores agravantes	
Factores subjetivos	
Otros factores	
Comentarios generales	

(Fuente recuperada de Achotegui et al., 2017, p. 18).

2. Hoja de ruta para la conducción de las sesiones de DMT

Tipo de fase	Tiempo aprox.	Ejemplos de Dinámicas	Objetivos principales
1. <i>Check-in</i>	10 – 15'	<p>- dar la bienvenida</p> <p>- opciones de <i>check-in</i> verbal o en movimiento, en pareja, usando metáforas, dibujos, fotos de emociones u objetos.</p> <p>- traer y hablar de un objeto personal relacionado con el país de origen.</p>	<p>=> sentirse acogido</p> <p>=> saber como está el grupo, qué temáticas surgen para poder adaptar la dinámica central a ese clima.</p> <p>=> compartir, generar diálogo, explorar y elaborar temáticas personales*1.</p>
2. <i>Warm-up</i> 2.1. Conciencia corporal y respiración	10 – 15'	<p>- juegos que fomentan la conciencia corporal (Manos a... / congelarse menos una parte precisa)</p> <p>- llevar la atención a ciertas partes del cuerpo (escáner), invitarlas a relajarse, observar su nivel de energía.</p> <p>- visualizar los ejes verticales (columna y piernas) y su conexión. Usar imágenes de proyección y crecimiento.</p>	<p>=> oportunidad de revisar o aprender términos de anatomía en castellano, acercarse al propio cuerpo lúdicamente.</p> <p>=> encender luces dentro del cuerpo, fomentar la interocepción, soltar tensiones. Preparar para el movimiento.</p> <p>=> toma de consciencia y mejora de la postura, sensación de mantenerse de pie, seguir creciendo. Fomentar la resiliencia.</p>

	<p>- visualizar líneas corporales en los planos vertical, horizontal, sagital.</p> <p>- tejer relaciones entre varias partes del cuerpo, moverlas juntas con conciencia.</p> <p>- movimientos lentos conscientes. Pausas para auto-observar las posturas.</p> <p>- observación de la respiración</p> <p>- técnicas de respiración: 2-2-4; alternada; abdominal; energizante. <i>5 points breathing.</i></p> <p>- respirar hacia partes del cuerpo precisas.</p> <p>- moverse a partir de la respiración.</p>	<p>=> tomar conciencia de la tridimensionalidad del cuerpo.</p> <p>=> (re)crear caminos de conexión motores más fluidos*2, fomentar la propiocepción.</p> <p>=> generar neuroplasticidad*3. Fomentar la propiocepción y la transparencia*2 de los circuitos motores. Estar presente en el aquí ahora.</p> <p>=> aumentar la escucha y conciencia del propio ritmo interno sin juicio.</p> <p>=> reducir el estrés y la ansiedad. Ayudar en la concentración y autorregulación.</p> <p>=> aliviar tensiones, eventuales dolores, aportar atención y oxígeno al cuerpo.</p> <p>=> búsqueda de ritmo orgánico consciente.</p>
--	--	---

<p>2.2. Grounding, ritmo y percusión corporal</p>	<p>5 – 10'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - auto-masaje (plantas de los pies, piernas). - ejercicios de cambios de peso, balances. - caminar de varias formas y en varias superficies, usar movimientos de <i>pliés</i>*5. - de pie, realizar sacudidas livianas y repetidas, soltando cabeza y brazos. - juegos y movimientos que trabajen el peso firme (tirar de gomas o telas elásticas, empujar el suelo, la pared, una pelota, driblar, etc.) - trabajar movimientos tipo <i>retorcer</i>. - caminar todos al mismo ritmo, marcar ritmos juntos (uso músicas afros, tambores). - saltar al mismo ritmo con las manos juntas 	<ul style="list-style-type: none"> => activación sensorial, muscular y vascular. Trabajar el auto-contacto. => sentir los apoyos del suelo, descentrarse y centrarse*4. => activar y reforzar las piernas, trabajar el <i>grounding</i>. => soltar tensiones, activar las piernas y el enraizamiento. => trabajar el <i>grounding</i> en grupo o pareja. => tonificar el cuerpo, sentir la propia fuerza y centro. => promover sensación interna de organización, crear solidaridad grupal*6. => reducir la ansiedad, el cansancio, la falta de vitalidad y el estado depresivo*7.
---	----------------	--	--

		<p>- realizar ritmos de percusión corporal sencillos. Construirlos entre todos.</p> <p>- combinar voz y movimientos de percusión corporal. Usarla en juegos (director de orquesta).</p>	<p>=> contención, motivación y confianza grupal. Crear un ritual de activación corporal que trabaje la coordinación y memoria. (Re)activar, aportar fluidez a circuitos neuronales y motores.</p> <p>=> empoderamiento, “tengo una voz, aunque no la pueda hacer valer”.</p>
2.3. Círculo de Chace	5’	<p>Se puede alternar entre el círculo tradicional libre y consignas sencillas enfocadas hacia partes del cuerpo en las que se querrá hacer hincapié en aquel momento.</p>	<p>=> fomentar la interacción y comunicación no-verbal grupal*8.</p> <p>=> <i>multi-mirroring</i>*9.</p> <p>=> experimentar el ser visto desde la aceptación*10.</p> <p>=> acostumbrarse a improvisar bajo otras miradas, a tomar iniciativas, liderar.</p>

<p>3. Tema central</p>	<p>15'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - buscar formas de moverse e interactuar con un objeto personal (de la cultura de origen) traído para el <i>check-in</i>. Añadir otro objeto de la cultura de acogida. - Alternar cualidades de movimiento diferentes y trabajar las transiciones entre una y otra (usar música puede ayudar). Hacer lo mismo entre diferentes partes del cuerpo. - trabajar en torno al nombre, si es igual en nuevo idioma, si se elige otro nombre, como se mueven esos nombres y resuenan en el cuerpo. - trabajar simbólicamente en torno al tema de las raíces, de la semilla plantada al migrar. - Baum circle 	<p>=> <i>embodying</i> un <i>habitus</i> cultural, trasladarlo a la nueva realidad, construir puentes interculturales*11.</p> <p>=> trabajar simbólicamente la construcción de puentes interculturales*12 e identitarios. Integrar las varias identidades que habitan el cuerpo, buscar un lugar para cada una y un ritmo interno común.</p> <p>=> hacer consciente los temas relativos a los cambios de identidad.</p> <p>=> fomentar el enraizamiento, la fuerza y paciencia.</p> <p>=> expresar y ser visto sin juicio. Contención desde el grupo. Auto-afirmación de la identidad*13.</p>
-------------------------------	------------	---	--

	<p>- trabajar con la imagen de la mochila que uno carga al migrar.</p> <p>- trabajar con la kinesfera.</p> <p>- trabajar el espacio directo.</p> <p>- trabajar con la deconstrucción y reconstrucción (con objetos o con los propios ejes corporales).</p> <p>- moverse desde las estructuras óseas, las musculares y desde la piel.</p> <p>- identificar partes corporales que corresponden a ciertas emociones.</p>	<p>=> hacer consciente el peso de las expectativas propias y familiares en torno a la migración. Buscar aliviar los pesos.</p> <p>=> darse cuenta del espacio que ocupo, de que ocupo un espacio, de lo grande que soy. Empoderamiento.</p> <p>=> fomentar la sensación de poder de decisión, de elección, el conseguir objetivos.</p> <p>=> darse cuenta de la propia capacidad de reconstruir, de transformar. Fomentar empoderamiento y resiliencia.</p> <p>=> hacer consciente los límites que nos separan del otro y del mundo exterior.</p> <p>=> fomentar la consciencia y escucha emocional. Aprender a reconocer las señales de ansiedad*¹⁴.</p>
--	---	--

<p>4. Cierre</p>	<p>10-15'</p>	<p>- relajación guiada (estimular vías sensoriales con sonidos, texturas). Favorecer la posición sentada para evitar regresiones.</p> <p>- plasmar algo de la experiencia en un soporte plástico (dibujo, arcilla, etc.) o un diario.</p>	<p>=> fomentar la imaginación activa, la eterocepción. Descansar después del movimiento.</p> <p>=> dejar una huella de la experiencia en movimiento, ayudar a concluirla antes de volver al canal verbal y al grupo. Expresar con otro canal lo que pasa/pasó en el cuerpo. Fomentar creatividad.</p>
<p>5. Check-out</p>	<p>10 – 15'</p>	<p>Posibilidad de compartir verbalmente algo de la experiencia y del propio estado.</p> <p>Eventual creación de un ritual de cierre de sesión grupal.</p>	<p>=> recoger y acoger las experiencias, contenerlas grupalmente antes de despedirse.</p> <p>=> compartir y ser escuchado. Fomentar la comunicación y solidaridad grupal.</p>

*1 (O' Reilly, 2005, cit. en Hills de Zarate, 2016)

*2 (Fuchs, 2005)

*3 (Doidge, 2016, cit. en Dieterich-Hartwell, 2017)

*4 (Pallaro, 1996)

*5 (Bräuninger, 2014a; Meekums, 2002)

*6 (Chaiklin y Schmais, 1979; Schmais, 1985)

*7 (Koch, Morlinghaus y Fuchs, 2007)

*8 (Karkou y Sanderson 2006, cit. en Karampoula y Panhofer, 2018; Chaiklin y Schmais, 1979)

*9 (Karampoula y Panhofer, 2018)

*10 (Chaiklin y Schmais, 1979)

*11 (Hills de Zarate, 2016)

*12 (Boas, 2006; Jorba, 2018)

*13 (Baum, 1991, cit. en Koch y Harvey, 2012)

*14 (Wengrower, 2015)

3. Consentimiento informado del participante

Síndrome de estrés crónico y múltiple del inmigrante (Síndrome de Ulises) y Danza Movimiento Terapia.

Proyecto piloto.

Este proyecto quiere observar cual es la acogida de una serie de sesiones de Danza Movimiento Terapia (DMT) con un grupo de mujeres adultas diagnosticadas de Síndrome de estrés crónico y múltiple. Fue diseñado por una estudiante de último año de Máster en DMT de la Universidad Autónoma de Barcelona.

¿Qué se hace en Danza Movimiento Terapia?: la DMT usa el movimiento como forma principal de expresión. No son necesarios conocimientos en danza, cada cuerpo es libre de expresarse a su manera. Las propuestas de las terapeutas son una invitación (no una obligación) a moverse juntas y a conectar con el propio cuerpo. Antes y después del movimiento, las personas que quieren pueden hablar de su experiencia con el grupo.

Participantes: **mujeres** entre 18 y 44 años (**6 máximo**), acompañadas por **una terapeuta y una co-terapeuta.**

Duración: **1h30 una vez por semana**, durante **8 semanas** seguidas, en el mismo horario y lugar.

Condiciones económicas: las sesiones son **gratuitas** y la participante **no** recibirá **dinero** por participar al estudio.

Beneficios y riesgos: la DMT puede provocar cambios en el cuerpo y en la mente de la persona. Puede mejorar, entre otras cosas, su bienestar, salud y crecimiento personal. El trabajar con el movimiento también puede remover emocionalmente y físicamente o provocar ansiedad, que debería de ser pasajera. Si la persona necesita ayuda externa al proyecto, la podrá recibir de la institución.

¿Qué hará el participante?: además de participar a las sesiones, tendrá que responder al mismo **cuestionario breve escrito** (dar notas de 1 a 5, sin tener que escribir) al inicio y al final del proyecto. Realizará también **dos entrevistas** con la investigadora: una **antes** del inicio del proyecto (para dar datos personales e información sobre su salud y situación migratoria) y otra **al final** (para explicar como se ha sentido en las sesiones de DMT). Elegirá la información que quiere dar, no estará obligada en responder a todas las preguntas. Si necesario, un traductor podrá ayudar. Las entrevistas serán **grabadas** por audio y **transcritas** por escrito. Si cambian los métodos durante el proyecto, la participante será informada y tendrá que firmar un nuevo consentimiento informado.

Derecho a dejar el estudio: la persona puede **retirarse** en cualquier momento, sin tener que dar explicación. Se recomienda anunciar oralmente o por escrito la renuncia, así la participante podrá ser sustituida. Después de la 5ª sesión, no habrá sustituciones.

Confidencialidad: todo lo que se dice y hace en el grupo de terapia se queda en el grupo. El nombre de la participante se cambiará por un código para garantizar su **anonimato**. La participante puede tener acceso a sus datos, si lo desea. Estos datos solo los podrá ver el equipo de investigación. Puede que se publiquen los resultados del estudio. En este caso, el nombre de la participante y de la institución **no** se citarán.

2. Consentimiento

Yo, _____ (nombre y apellido), he recibido y entendido toda la información sobre el proyecto de Danza Movimiento Terapia. Decido participar de forma libre y voluntaria.

Barcelona, el _____.

Firma _____

Copia para la investigadora / Copia para el participante.

(Fuentes: Martín Arribas et al., 2012; Asociación Médica Mundial, 2015)

4. Guía entrevista 1

*Se precisará al participante que si hay información que no quiere dar, está libre de no darla.

Tópico 1.1: información socio-demográfica

- ¿Podría presentarse y contarme de dónde viene?
- ¿Cuál es su situación familiar y laboral?

Se quiere recibir información sobre los siguientes ítems, si la persona no la menciona se irán efectuando ulteriores preguntas: Edad / Nacionalidad(es) y proveniencia / Idioma materno / Religión / Estado civil / Situación laboral / Trabajo anterior a la migración / Situación legal / Situación familiar / Tipo de vivienda

Tópico 2.1: proceso migratorio

Motivo y viaje migratorio

- ¿Puede hablarme de por qué ha dejado su país?
- ¿Cuándo y cómo ha llegado a Barcelona?

Duelo migratorio

- ¿Hay cosas que echa particularmente de menos de su antigua vida?

Proceso de adaptación

- ¿Cómo se siente acogida en Barcelona?
- ¿Podría hablarme de sus relaciones sociales?

Estresores

- ¿Encuentra dificultades aquí? ¿Cuáles?

Tópico 3.1: estado de salud

Salud general

- ¿Puede hablarme de su estado de salud general (eventual enfermedad, lesión, medicación)?
- ¿Algún profesional la sigue (psiquiatra, médico, asistente social, etc.)?

Salud mental (SU)

- A Ud. se le ha diagnosticado Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple.

¿Qué significa esto para Ud. y cómo lo vive?

- ¿Podría hablarme de sus síntomas?

Si la persona tiene dificultades en describirlos, posibilidad de hacer ulteriores preguntas:

- ¿Cómo se siente en general a nivel de ánimo?

- ¿Cómo describiría su humor en general?

- ¿Puede dormirse fácilmente?

- ¿Tiene pensamientos, preocupaciones o pesadillas que vuelven a menudo?

- ¿Tiene algún tipo de dolor?

- ¿Se acuerda de las cosas, del día/mes en que estamos por ejemplo?

- ¿Le cuesta concentrarse?

- ¿Se pierde a veces en lugares conocidos?

- ¿Algunos de estos síntomas se repiten desde mucho tiempo?

Tópico 4.1: preguntas previas al inicio de las sesiones

- ¿Tiene experiencia con el movimiento?

- ¿Qué espera de las sesiones de DMT? ¿Tiene alguna petición particular?

5. Guía entrevista 2

Tópico 1.2: el grupo de DMT

- ¿Me podría hablar de su experiencia dentro del grupo?
- ¿Cómo vivió el hecho de compartir su experiencia y de moverse con otras personas?
- ¿Cómo ha sido su relación con las otras participantes y las terapeutas?

Tópico 2.2: las dinámicas

- ¿Qué piensa de las dinámicas (propuestas de movimiento) que se han realizado durante de las sesiones?
- ¿Alguna(s) le gustaba(n) más que otra(s)? ¿Por qué?
- ¿Alguna(s) no le gustaba(n)? ¿Por qué?

Tópico 3.2: el cuerpo y la mente en las sesiones

- ¿Podría contarme como sentía su cuerpo durante las sesiones (eventuales tensiones, dolores, su evolución)?
- ¿Cómo se sentía a nivel mental (estado de ánimo, pensamientos, emociones)?
- ¿Ha visto una evolución en los síntomas que describía antes de iniciar el proyecto? De ser así, ¿podría explicarla? (recordárselos como ha pasado mucho tiempo)

Tópico 4.2: valoración general y eventual valor añadido de la DMT

- ¿Piensa que su participación a las sesiones le ha aportado algo? (desarrollar)
- ¿La experiencia vivida en DMT ha sido diferente de las experiencias vividas con otros profesionales de la salud? ¿En qué?
- ¿Hay algo que hubiera necesitado y que no hubo?
- ¿Las sesiones correspondían con lo que se imaginaba al inicio? (desarrollar)

6. Guía entrevista terapeutas

Tópico 1: el grupo

- ¿Podría explicar cómo observa al grupo (energía general, motivación, participación verbal y no-verbal)?
- ¿Cómo ve las relaciones entre los miembros? ¿Y entre el grupo y las terapeutas?
- ¿Podría hablarme de las temáticas grupales que han emergido hasta hoy?

Tópico 2: las dinámicas

- ¿Cuál es la acogida que están teniendo las dinámicas?
- ¿Algunas en particular tienen mejor/peor acogida? ¿Podría explicar por qué?
- ¿Algo que según Ud. necesitarían las participantes y falta en las sesiones?

Tópico 3: los participantes

- ¿Algun dato relevante que hay que compartir?
- ¿Ve algún tipo de evolución (corporal, emocional o en el comportamiento) en algunas participantes?

7. Escalas de Bienestar Mental Warwick-Edinburgh

ESCALA BIENESTAR MENTAL WARWICK-EDINBURGH- VALIDACIÓN

APÉNDICE 1

Equivalencia de traducciones entre la versión inglesa y la versión argentina

Versión español	Versión inglés
3. Me he sentido aliviado	I've been feeling relaxed
6. He resuelto bien los problemas	I've been dealing with problems well
10. Me he sentido con confianza en mí mismo	I've been feeling confident
11. He sido capaz de tomar mis propias decisiones con respecto a las cosas que me suceden	I've been able to make up my own mind about things
12. Me he sentido querido	I've been feeling loved

LA ESCALA DE BIENESTAR MENTAL DE WARWICK-EDINBURGH (EBMWE)

A continuación encontrará algunas afirmaciones acerca de ideas y emociones.

Tenga a bien tildar el casillero que mejor describa lo que pensó o sintió durante las últimas 2 semanas

AFIRMACIONES	En ningún momento	Raramente	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo
Me he sentido optimista con relación al futuro	1	2	3	4	5
Me he sentido útil	1	2	3	4	5
Me he sentido aliviado	1	2	3	4	5
Me he sentido interesado por las demás personas	1	2	3	4	5
He tenido suficiente energía de reserva	1	2	3	4	5
He resuelto bien los problemas	1	2	3	4	5
He estado pensando con claridad	1	2	3	4	5
Me he sentido bien conmigo mismo	1	2	3	4	5
Me he sentido cercano a las demás personas	1	2	3	4	5
Me he sentido con confianza en mí mismo	1	2	3	4	5
He sido capaz de tomar mis propias decisiones con respecto a las cosas que me suceden	1	2	3	4	5
Me he sentido querido	1	2	3	4	5
He estado interesado en cosas nuevas	1	2	3	4	5
Me he sentido alegre	1	2	3	4	5

Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)

© NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved.

(Fuente recuperada de Serrani Azcurra, 2015)

EBBMWE: Escala Breve de 7 ítems

A continuación, aparecen algunas afirmaciones sobre sentimientos y pensamientos.

Por favor, señale la casilla que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas 2 semanas.

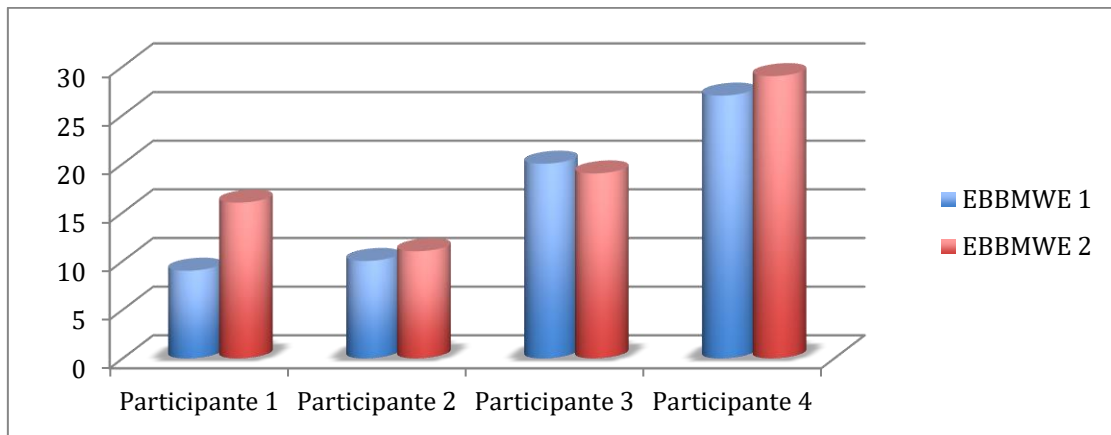
Nº	Afirmaciones	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	Me he sentido útil (*)	1	2	3	4	5
2	Me he sentido relajado/a	1	2	3	4	5
3	He tenido energía de sobra	1	2	3	4	5
4	He enfrentado bien los problemas	1	2	3	4	5
5	Me he sentido bien conmigo mismo/a	1	2	3	4	5
6	Me he sentido seguro/a (con confianza)	1	2	3	4	5
7	Me he sentido alegre	1	2	3	4	5

(*) Se refiere a todos los aspectos de su vida, en general.
(**) Por las personas con quien comparto todos los días.

(Fuente recuperada de Riba, 2019)

8. Tablas de análisis de datos

Ejemplo de presentación de los resultados de las mediciones de la Escala Breve de Bienestar Mental Warwick-Edinburgh (EBBMWE):



Ejemplo de tabla de análisis temática manual para las entrevistas a los **participantes**:

Entrevista 1

Comentarios relacionados con...	Tópico Info. socio-demo.	Coment. rel. con...	Tópico Salud	Coment. rel. con...	Tópico Proceso migratorio	Coment. rel. con...	Tóp. Preg. Previas
Proveniencia (P)		Enfermedad (SE)		Motivo migratorio (MM)		Expectativas (EX)	
Idioma (I)		Lesión (SLE)		Viaje migratorio (VM)		Experiencia Movimiento (EM)	
Situación familiar (SF)		Medicación (SM)		Duelo migratorio (DM)		...	
Situación laboral (SL)		Médico Especialista (SME)		Proceso de adaptación (PA)			
...		Síntomas área depresiva (SSAD)		Estresores (ES)			
...		Síntomas área ansiedad (SSAA)		...			
...	

Entrevista 2

Comentarios relacionados con...	Tópico Grupo DMT	Coment. rel. con...	Tópico Dinámicas	Coment. rel. con...	Tópico Cuerpo/ Mente en DMT	Coment. rel. con...	Tópico Valor. General
Miembros del grupo (MG)		Dinámicas apreciadas (DOK)		Cuerpo en las sesiones (DMTC)		Aportaciones (A)	
Terapeutas (T)		Dinámicas no apreciadas (DNOK)		Eventuales cambios corporales (DMTCC)		Críticas (C)	
Aportaciones (AG)		Comentarios generales (DCG)		Mente en las sesiones (DMTM)		Lo que faltó (F)	
Limitaciones (LG)		...		Eventuales cambios mentales (DMTCM)		Expectativas (E)	
...		...		Síntomas Evolución (DMTS)		...	
...		

Ejemplo de tabla de análisis temática manual para las entrevistas a las **terapeutas**:

Comentarios relacionados con...	Tópico El grupo	Comentarios relacionados con...	Tópico Dinámicas	Comentarios relacionados con...	Tópico Participantes
Participación (PG)		Funcionan mejor (TDOK)		Observaciones relevantes (OR)	
Motivación (MG)		No funcionan (TDNOK)		Evolución corporal (ECP)	
Energía (EG)		Sugerencias (TDS)		Evolución comportamiento (ECOP)	
Comunicación verbal (CVG)		...		Evolución emocional (EEP)	
Com. no verbal (CNVG)		
Relaciones (RG)		
Temáticas (TG)		
...		