

ESTUDIO SOBRE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS) MARTÍNEZ CAMPOS

STUDY ON IMMIGRANT POPULATION AT THE MARTÍNEZ CAMPOS PSRC (PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION CENTRE)

Soledad Pollos Amores y M.^a Teresa Vargas Martín

Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Martínez Campos

Resumen: Este estudio analiza los datos de la población inmigrante atendida en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Martínez Campos (en adelante CRPS) de la Red de Atención Social a Personas con enfermedad mental severa y persistente de la Comunidad Autónoma de Madrid entre los años 2013 y 2017 ambos incluidos. A través del mismo se quiere desarrollar un perfil de la población inmigrante atendida, conocer la narrativa de su periplo migratorio, las necesidades que identifican y su opinión sobre las intervenciones profesionales a las que se enfrentan. Finalmente se recomiendan unas propuestas de intervención.

Palabras Clave: Inmigrantes, Problemas de salud mental, Intervenciones profesionales, Propuestas.

Abstract: The following study analyses the data of the immigrant population taken care of at the Martínez Campos Psycho-Social Rehabilitation Centre (PSRC from this point on) belonging to the Social Attention to People with Severe and Persistent Mental Illness Network of the Madrid Community between the years 2013 and 2017 including both. This study has a goal in developing a profile of the immigrant population taken care of at the PSRC, as well as acknowledging the narrative of their migration, the needs that identify them and their opinion about the professional intervention to which they face. Finally, some intervention proposals will be suggested.

Keywords: Immigrant population, People with Mental Illness, Professional intervention, Intervention proposals

| Recibido: 25/06/2018 | Revisado: 30/07/2018 | Aceptado: 02/09/2018 | Publicado: 30/09/2018 |

Correspondencia: Soledad Pollos Amores. Trabajadora Social CRPS "Martínez Campos". Gestión técnica INTRESS. Paseo General Martínez Campos, 36 28010, Madrid. Tlfo., 91 319 32 08. Email: Soledad.pollos@intress.org. M^a Teresa Vargas Martín. Psicóloga CRPS "Martínez Campos". Gestión técnica. Email: teresa.vargas@intress.org

Referencia normalizada: Pollos, S., y Vargas, M. T. (2018). Estudio sobre la población inmigrante en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S) Martínez Campos. *Trabajo Social Hoy*, 85, 87-100. doi: org/10.12960/TSH.2018.0017

“Me enfermé a raíz de la calle, pero yo no tenía un problema de salud mental, tenía un problema de saber dónde dormir, dónde comer cada día.....”

Elisa.

1. INTRODUCCIÓN

El CRPS pertenece a la Red de Atención Social a Personas con Trastorno Mental severa y persistente dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Desde su apertura (1991), INTRESS (Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales) se encarga de su gestión técnica. La zonificación acordada entre la Consejería de Políticas Sociales y Familia y la Consejería de Sanidad para los Dispositivos de la Red, supone que el C.R.P.S. “Martínez Campos” da cobertura a los distritos de Moncloa- Aravaca y Chamberí. (Memoria CRPS “Martínez Campos”, 2017).

La Misión del Centro es ser un servicio que acompaña y orienta a las personas y sus familias en el proceso de recuperación de los efectos de un trastorno mental grave, trabajando en alianza con otros recursos para la participación y sensibilización social. A la vista de lo que hemos ido observando a lo largo del trabajo con personas inmigrantes, para desarrollar esta misión con este colectivo, hemos de cambiar y mejorar nuestros procesos de trabajo.

Desde la apertura del CRPS la cantidad de personas inmigrantes que fueron derivadas al centro entre el año 1991-2013 prácticamente fue anecdótico. A partir del año 2013 se inicia una escalada en las derivaciones. Durante el año 2017 se han atendido a 19 personas inmigrantes el 20,14 % del total de atendidos (106).

El incremento en el acceso de este perfil de población ha ido acompañado de una necesidad cada vez mayor en el equipo de adquirir herramientas que respondieran a cuestiones particulares en la intervención con estas personas.

Algunos de los aspectos que nos están haciendo cambiar la intervención son los siguientes:

- Necesidades particulares de esta población (vivienda, documentación, recursos económicos, apoyos sociales, atención médica...).
- El lenguaje, el conocimiento de la lengua castellana o el uso de la misma para los que hablan español-americano (el español americano es una abstracción que comprende un conjunto de variedades diferentes, tanto a nivel léxico como fonológico, si bien existen características generales compartidas por la mayoría o todos los hispanohablantes americanos). Nos hemos encontrado con diferentes significados para las mismas palabras.

- Historias marcadas por las pérdidas, los duelos, violencia, situaciones extremas... (Hoz Garcimartín et al., 2017).
- Interpretación cultural de la personalidad, las emociones y su expresión.
- Diferentes valores y usos culturales. (Kottak, 2011).
- Conocimiento marginal de Madrid (Centros de acogida, comedores sociales...).
- Diferentes significados sobre las experiencias psiquiátricas como alucinaciones auditivas y diferentes significados sobre conceptos como salud y enfermedad. (Pérez Sales, 2004).
- Algunas personas han abandonado la intervención en el centro en poco tiempo de estancia aquí y creemos firmemente que no hemos sabido adaptarnos a sus particularidades.

Esta situación nos afecta de modo transversal en todos los procesos de nuestro trabajo pues todas las intervenciones estaban diseñadas desde nuestro prisma cultural.

Cuando quisimos profundizar en la intervención con este colectivo nos dimos cuenta de que, pese a que la Red existe desde hace 30 años, y tenemos acceso a las memorias de los centros, no teníamos datos de la evolución de la población inmigrante, ni en este centro ni en otros similares ya que no es un dato que se recogiera. A la vez tampoco encontramos muchas referencias a protocolos de intervención adaptados a este colectivo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)

Mientras estamos elaborando este trabajo, se está realizando un macro estudio importante y ambicioso que ha encargado la Dirección General de Servicios Sociales a nuestros compañeros de servicio de Apoyo Reinserción Social de personas enfermas mentales sin hogar (antiguo PRISEMI) sobre la población inmigrante con problemas de salud mental de la Comunidad de Madrid. Desde el CRPS hemos participado en ese trabajo que a buen seguro nos aportará mucha luz al respecto.

Con este panorama de invisibilidad de este colectivo y nuestra inquietud por adaptar nuestro trabajo nos dispusimos a intentar profundizar en sus características y necesidades.

En cuanto a los datos de inmigración de los distritos que atendemos destacamos los siguientes: según los datos del Ayuntamiento de Madrid a 1 de Julio de 2017 la población inmigrante del distrito de Chamberí asciende al 10,30 % de su población (14 214 inmigrantes) y la del distrito de Moncloa asciende al 9,66 % de su población (11 338 inmigrantes).

En el distrito de Chamberí el análisis según procedencia geográfica permite destacar la presencia mayoritaria de población extranjera procedente de América Latina y El Caribe (35 %) así como de la UE (24,5 %) y en menor medida de otros países de la OCDE (13,4 %). El análisis por sexos muestra la misma presencia mayoritaria de estos

grupos si bien el peso de las latinoamericanas y caribeñas es más significativo entre las mujeres extranjeras (21,8 %) que entre los hombres extranjeros (13,3 %).

En los datos recogidos del Diagnóstico Comunitario distrito de Chamberí (2016), aparecen las necesidades de la población inmigrante pero no han quedado reflejadas las necesidades de las personas inmigrantes con problemas de salud mental.

El distrito de Moncloa es un distrito más heterogéneo en cuanto a niveles socioeconómicos y culturales además de ser geográficamente más grande y disperso. No tenemos un diagnóstico comunitario como con el que cuenta el distrito de Chamberí.

En cuanto al distrito de Moncloa es del que proporcionalmente más casos nos han llegado y consideramos que han sido varios factores los que han facilitado este hecho:

- El Centro de Acogida Municipal San Isidro (en adelante CASI) ubicado en el distrito de Moncloa tiene un elevado índice de población inmigrante. En caso de tener algún problema de salud mental cuentan con un equipo dentro del centro del que pueden recibir atención dicho equipo se llama, Formación Intervención y Rehabilitación (FIR de PRISEMI).
- El Centro de Salud Mental de Moncloa introduce un cambio en la manera de intervenir con las personas del CASI, que funcionalmente dependen de este servicio. Acude un psiquiatra del Servicio de Salud Mental a pasar consulta en el propio CASI para acercar el servicio a la gente que no llegaba a Salud Mental.

2. METODOLOGÍA

Este trabajo es una combinación de datos cuantitativos y cualitativos que nos permitirá poseer un conocimiento más amplio para mejorar la intervención.

Hemos realizado por un lado un análisis de datos recogido de las historias personales de las personas inmigrantes atendidas en el CRPS desde los años 2013 al 2017 incluidos. Por otro lado, con el objetivo de profundizar más en esta realidad y obtener información cualitativa que nos permitiera distinguir esta población de otras que atendemos, se puso en marcha un grupo de discusión en el que se realizaron relatos de vida, utilizando una metodología en primera persona para dotar al sujeto del componente subjetivo de la experiencia (Searle, 2006).

El grupo de discusión se llevó a cabo de la siguiente manera: diseñamos unas preguntas que fomentaran un diálogo abierto sobre el periplo migratorio, las dificultades que les fueron surgiendo y las necesidades que tuvieron. Necesitábamos generar un ambiente lo más cálido y seguro posible puesto que queríamos que el diálogo se diera sobre la experiencia subjetiva. Para generar este ambiente, animamos a todos los

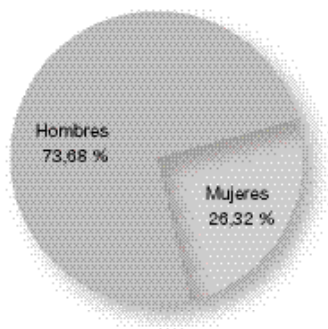
participantes a traer objetos de sus países y decoramos la sala con motivos étnicos y compartimos un chocolate (Ver material anexo: Guion de preguntas Chocolate Tertulia donde se presenta la propuesta del grupo de discusión).

3. RESULTADOS

A 31 de Diciembre de 2017 el 20,14 % de la población que ha sido atendida en el CRPS era inmigrante (19 personas). El 42,11 % son del distrito de Chamberí y el 57,89 % son de Moncloa.

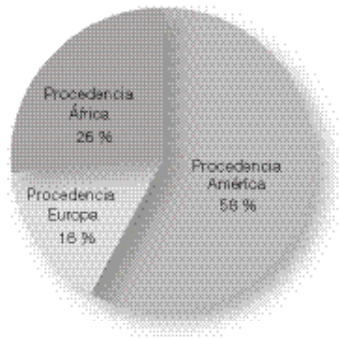
Género

El 73,68 % son hombres y el 26,32 % son mujeres. De las 5 mujeres atendidas todas ellas tienen historia de violencia de género, violencia en el entorno familiar, abandono y agresión sexual en sus países de origen y una vez en España todas han estado en situación de calle.



País de origen

EUROPA	AMÉRICA	ÁFRICA
Portugal (1 hombre)	República Dominicana (1 mujer y 2 hombres)	Guinea Bissau (1 hombre)
Bulgaria (1 Hombre)	Perú (1 hombre)	Guinea Ecuatorial (2 hombre)
Rumanía (1 Mujer)	Colombia (1 mujer 1 hombre)	Guinea Conakri (1 hombre)
	Méjico (1 hombre)	Burkina Faso (1 hombre)
	Brasil (1 hombre)	
	Paraguay (1 mujer 1 hombre)	
	Cuba (1 mujer)	



El 57,89 % son de América. El 15,79 % son europeos. El 26,32 % son africanos.

Idioma, estado civil, discapacidad, incapacidad civil e ingresos económicos

El 63,16 % hablan español como idioma materno. Los dos africanos que hablan español (Guinea Ecuatorial) además hablan los dialectos propios de sus países africanos. El 73,68 % son solteros, 21,05 % son divorciados y el 5,32 % es viudo (1 persona). Sólo una persona tiene modificada su capacidad civil.

El 89,47 % de la población inmigrante tienen un certificado de discapacidad de estos un 31,58 % cobra una pensión no contributiva (PNC) y un 31,58 % que tiene una renta mínima de inserción (RMI). El 26,32 % no tienen ingresos económicos (por falta de documentación, por tener grado inferior al 65 % o porque no cumplen requisitos para Renta Mínima) y un 10,53 % tienen pensiones contributivas.

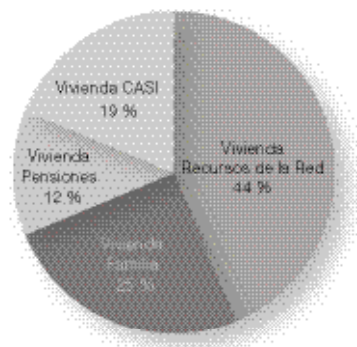
La peor situación con la que nos hemos encontrado es la de dos personas que han perdido su documentación en situación de calle y no se consiguen que su embajada de referencia la proporcione. Tampoco pueden viajar a su país de origen para conseguir la documentación que solucionaría esta situación (partida de nacimiento) ni tienen familia que la pueda enviar. Esto genera una situación de bucle de la que es muy difícil salir puesto que no se puede acceder a ningún derecho (social, laboral...).

Familia

Un 52,63 % tienen familia en España y de estos mantienen contacto con ella un 60 %. El 47,37 % de personas no tienen ningún familiar en España y de estos sólo una persona mantiene relación de manera regular con la familia de origen. El porcentaje de personas con hijos es de 26,32 %. De este porcentaje el 60 % no mantiene contacto con sus hijos.

Vivienda

Un 36,84 % vive en recursos de la red de atención social de la Comunidad de Madrid, un 21,05 % vive con sus familia, un 10,53 % vive en pensiones y un 15,79 % vive en el CASI.



Religión

De los que reconocen creencias religiosas el 83,33 % son católicos.

Salud Mental

Con el 94,74 % de las personas hemos tenido problemas en la evaluación. Un 68,42 % aceptó entrar en grupos durante la misma. Un 84,21% de gente acepta intervención social a la llegada. En un 78,95 % de la población no se hace intervención familiar bien porque no hay familia o bien porque, habiéndola, no quieren.

Todos tienen un diagnóstico psiquiátrico, el 78,95 % relacionado con distintos tipos de esquizofrenia. Mayoritariamente no entienden muy bien qué diagnóstico tienen. Sólo dos personas han reconocido un intento autolítico aunque consideramos que este dato no está bien valorado.

El 63,16 % de la población no ha consumido tóxicos. Del 36,84 % que tuvo o tienen problemas de consumo (mayoritariamente alcohol y cánnabis) no han sido tratados en recursos específicos de adicciones.

Grupo de discusión

En cuanto al grupo de discusión, se invitó a todas las personas inmigrantes atendidas en el centro, aceptaron acudir 7 personas, curiosamente que hablan español-americano. La información recogida a través del Grupo de Discusión, fue la siguiente:

- Todas las personas muestran un alto nivel de agradecimiento a la atención recibida en general, dentro de las limitaciones que han existido. A la par que se observa un bajo nivel de exigencia respecto de demandas tanto sociales como de tratamiento.
- Los motivos de llegada a España han sido variados: políticos, para buscar una vida mejor “buscando un sueño”, por cuestiones de salud (en muchos países no hay acceso a medicación psiquiátrica), por desesperanza, por motivos laborales.
- Eligieron España como lugar de llegada porque algunos tenían familia, otra persona se casó con un español, otra tenía un abuelo español y otra persona tenía una amiga aquí.
- De las personas que participaron en el grupo, todas menos una terminaron en situación de calle al poco tiempo de llegar a España.
- Manifiestan sentirse muy desorientados respecto a dónde poder acudir una vez que se encontraron en situación de calle y que la ayuda llegó fundamentalmente de las redes informales (vecinos, gente de las parroquias, compañeros de calle).
- Refieren que necesitaban una explicación de dónde estaban las cosas.
- En cuanto al idioma, señalar que al grupo no acudió ninguno de los que no hablaban español. Aunque el resto son castellanoparlantes, nos evidenciaron que “todos no hablamos el mismo español”. Hay muchas diferencias respecto del significado de las mismas palabras y de la comunicación no verbal.
- Señalaban la importancia de la disposición del otro (de los españoles en este caso) para querer comunicarse y tener paciencia (hablar más despacio, explicar giros gramaticales, saber si hablamos de lo mismo...).
- Todos los participantes señalan como fundamental el hecho de haber tenido un lugar donde alojarse, donde estar protegidos y también de la necesidad de un tratamiento médico.
- Señalan los centros de acogida como lugares de paso, de transición, no sintiendo que sea un lugar para “toda la vida”, porque “estresa mucho”, reconociendo que su paso por estos centros fue fundamental por la ayuda recibida y por sentirse escuchado -“*por fin alguien te escucha y esto me subió la autoestima*”-
- Señalan la idea de crear un centro de primera acogida cuando llegan a España, donde se les expliquen las cosas, las ayudas, las opciones.
- Las personas que tienen sus documentos en regla sienten que tienen una “identidad”, pero todavía hay personas que no tienen su documentación y se encuentran sin acceso a ningún tipo de reconocimiento de ayuda oficial.
- En cuanto al CRPS, ninguno tiene muy claro a qué nos dedicábamos, todos habían tratado con trabajadores sociales, algunos habían visto educadores so-

ciales por los centros de acogida, dos habían tratado con un terapeuta ocupacional y uno con un psicólogo.

- A todos les ha parecido que en el CRPS se sienten bien atendidos, consideran que nos repetimos mucho con “tantos tests”, pero en general se sienten apoyados, que mediamos con otros recursos, que ayuda a manifestar lo que sientes, a sentir compañerismo, a encontrarse más activo, les abre la mente y que -“es un bálsamo de agua viva”-.
- Finalmente a todos les gustaría visitar su país, pero no volver.

4. CONCLUSIONES

- El aumento de derivaciones de personas inmigrantes no se ha producido igual en los dos distritos que atendemos. En Chamberí han aumentado en menor cantidad y el mayor aumento se ha producido en el distrito de Moncloa. Desde el Centro de Salud Mental (CSM) de Chamberí llegaron por motivos laborales y este dato, sin que podamos hacer un estudio profundo, lo hilamos con otro que se desprende del informe de población del distrito de Chamberí en el que muestra que la población de personas inmigrantes de este distrito suelen ser mujeres que vienen a trabajar en servicios domésticos. Al Centro (CRPS) nos llegan los hijos de dichas personas una vez han realizado la reagrupación familiar, gente mayoritariamente joven que se incorpora a España siendo preadolescente o adolescente. La adaptación suelen narrarla como complicada.
- Se considera desde diferentes dispositivos que trabajan en el distrito (Plataforma Comunitaria Enrédate en Chamberí) que puede existir más población con necesidades de atención que no están llegando al servicio de salud mental, siendo a veces la puerta de entrada de estas personas los servicios sociales. Nos resulta paradójico que atendiendo a dos de los distritos de Madrid con mayor poder adquisitivo, nuestra población se encuentra en niveles de pobreza y en el margen de la exclusión social
- En el caso de las mujeres, como señalamos anteriormente, han vivido en sus países situaciones muy traumáticas. La llegada a nuestros servicios puede suponer para ellas una oportunidad de construir otras narrativas con figuras de apego seguras, aprender el concepto de empoderamiento y descubrir su resiliencia.
- Hay un elevado porcentaje de personas que no quiere comunicarse con su familia de origen y es que según nos narran ellos llegaron a España para trabajar y poder mandar dinero a sus familias. El hecho de no tener nada que mandar y dar a conocer a su familia la situación real que tienen en España (situación de calle, pérdida de trabajo, necesidad de atención médica especializada por las situaciones extremas en las que han tenido que sobrevivir) hace que prefieran

no comunicarse con ellos. En muchas ocasiones y ante el ofrecimiento de poder comunicarse desde el CRPS con su familia nos dicen que prefieren dejarlo para más adelante, cuando las cosas estén de otra manera. Vienen con la creencia de que aquí se está bien - *“pero hay que venir y verlo porque aquí la vida también es difícil”* -.

- Proviene de sociedades colectivistas frente a las sociedades europeas individualistas. Son personas acostumbradas a tener grandes redes sociales-familiares protectoras y de apoyo, cuando llegan a España la red no existe y la cultura individualista pone el logro en el individuo y no en lo colectivo. De ahí también la dificultad de entender que existan unas redes como servicios sociales que cubran lo que de forma natural ellos tienen cubierto en sus lugares de origen.
- Les sorprende la falta de comunicación que existe entre las personas y extrañan sus grupos y redes sociales.
- Trece de las diecinueve personas estudiadas han estado en situación de calle. Se detecta en ellos un conocimiento de la ciudad de Madrid desde la marginalidad, conociendo con el tiempo los circuitos donde se mueven las personas en situación de exclusión social. Sin embargo no conocen otras facetas de la ciudad, desde un punto de vista cultural, de ocio, de la ciudad como generadora de otro tipo de servicios para el ciudadano.
- Es destacable que no haya población asiática en atención al menos hasta ahora siendo este un colectivo que en 2017 suponía el 17,33 % de la población en la Comunidad de Madrid, sólo superados por los ciudadanos rumanos (fuente: El País Digital 21 Febrero 2017); tampoco sabemos si están siendo atendidos en otros centros.
- Dentro de que más del 80% de los que reconocen creencias religiosas se consideran católicos, hemos detectado que en sus contextos culturales se practican rituales y ceremonias religiosas que nada tienen que ver con la religión católica y sí con prácticas animistas, mal de ojo rituales varios, etc... Ellos no saben traducir lo que aquí es culturalmente normal y hay que ayudarles en la adaptación. Se abre un interesante campo de exploración en este sentido.
- Después de los datos aportados en el apartado de resultados y de lo explicado anteriormente, hemos realizado un perfil de la persona inmigrante atendida en nuestro centro siendo este el siguiente: es un varón, procedente de América Latina, soltero, derivado del Centro de Salud Mental (CSM) Moncloa, habla español, sin hijos (los que tienen hijos, no mantienen contacto con ellos), con capacidad civil, con certificado de discapacidad, con unos ingresos mínimos, con algún familiar en España (si no tiene familia en España, no mantiene el contacto con ella), vive en recursos de la red o en centros de acogida, es católico, ha sido diagnosticado de esquizofrenia, no entiende su diagnóstico, no ha consumido tóxicos (los que sí, no han ido a recursos específicos para tratamiento de

drogas), ha tenido problemas en el proceso de evaluación, acepta entrar en los grupos del centro, acepta la intervención social, no se puede hacer intervención familiar, se muestra agradecido por la atención recibida, es poco exigente. Los motivos de la llegada a España son variados pero todos tenían alguna conexión con este país. Ha trabajado y la situación de calle ha sobrevenido después de perder el empleo. Si ha estado en situación de calle, se ha sentido desorientado y ha obtenido información de medios informales. El idioma ha sido una barrera de una forma u otra. Valora la disposición del otro para querer comunicarse. Lo que más le preocupa es tener un lugar donde alojarse. En cuanto al CRPS, no sabe a qué nos dedicamos pero se sienten bien atendidos.

Hemos podido ir comprendiendo a medida que avanzábamos en la evaluación y en el conocimiento de las personas inmigrantes que atendemos, que se abría ante nosotros otro mundo de creencias sobre el ser humano que han sido importantes en su desarrollo. Hemos aprendido sobre el animismo, la espiritualidad, la felicidad en los africanos, las ofrendas de animales, el mal de ojo y la relación con los antepasados. Esta faceta del conocimiento de otras culturas ha resultado una de las que peor hemos evaluado puesto que, desde nuestra perspectiva occidental y etnocentrista, no se preguntaba sobre ellas.

Una de las hipótesis que tenemos es que el hecho de que guarden silencio sobre estos temas en el inicio de nuestra relación es como una forma de protección que ellos construyen porque, desde nuestra forma de interpretar la realidad, saben que puede acarrearles problemas en el sentido de que no estamos preparados para escuchar lo que traen sin juzgarlo desde nuestros ojos occidentales. Incluso en su historia aparecen momentos en los que ellos han expresado alguna de estas creencias y han sido ingresados o se ha considerado que han empeorado a nivel clínico.

Todos han sido diagnosticados de una enfermedad mental cuando ellos no pueden entender que eso procede de un juicio clínico, de un lenguaje no compartido. Ellos no reconocen ese diagnóstico como algo que existiera en su mapa mental, se ha puesto en marcha un sistema que para ellos no existía.

La atención al inmigrante tiene un componente social y político. En nuestra mano está construir una sociedad inclusiva, tolerante y cohesionada.

5. PROPUESTAS

Según todo lo explicado y por lo que hemos vivido proponemos unas mejoras de cara a la intervención con las personas inmigrantes con problemas de salud mental.

1. Formación específica a todos los componentes del equipo (geografía e historia, aspectos sociales y legales, transculturalidad, interpretación cultural de la salud mental...).
2. Adaptar todas nuestras herramientas, por ejemplo, a normas de lectura fácil (cuestionarios, planes de intervención, materiales de los grupos...), pictogramas e imágenes. En la evaluación inicial recoger datos que antes pasábamos por alto como: usos culturales, comprensión del lenguaje, creencias religiosas, vivencias del periplo migratorio a su llegada a “occidente”, organización social y política de su país de origen, interpretación sobre la salud en general, interpretación del tratamiento médico y de la rehabilitación psicosocial...
3. Flexibilizar todo lo que podamos nuestros procesos de evaluación y de intervención.
4. Identificar servicios donde haya más incidencia de población inmigrante y facilitar que los profesionales de estos servicios aprendan otros idiomas (acercarnos nosotros a ellos).
5. Si acuden al centro con un mediador intercultural, utilizarlo desde el principio para solventar la barrera idiomática y cultural.
6. Dotar a los centros de mentores de su propia cultura.
7. Identificar a miembros claves de las distintas comunidades a través de asociaciones, colectivos religiosos... (por ejemplo se han dado caso de imanes que colaboran con los servicios de urgencias psiquiátricas para ayudar en la valoración).
8. Fortalecer el vínculo con todos los recursos formales e informales implicados en los casos.
9. Promover el conocimiento de la ciudad desde una posición no marginal.
10. Igual que nuestros centros deberían ser más flexibles, también, otros dispositivos a los que acceden como Servicios Sociales, Embajadas, Centros de Acogida, Comedores Sociales, Atención Primaria, etc..., además de las administraciones locales, regionales, central y de relaciones internacionales, deberían facilitar la colaboración para el acceso a los servicios públicos esenciales.
11. Dar visibilidad a las personas inmigrantes con problemas de salud mental por parte de la Red de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Severa y Persistente puesto que en estos casos el problema del estigma se agrava (inmigrante, enfermedad mental, situación de calle, mujer, sin apoyos...).

Después de estos años trabajando con este colectivo tan agradecido y silenciado, nos queda claro que ellos sí saben lo que necesitan y nos planteamos si no habría que tener una mayor disposición por parte de todos para acercarnos a ellos. Vinieron a España siendo los mejores de su grupo, de su tribu, de su comunidad o familia para mejorar la vida de todos ellos, sin embargo, la realidad ha sido muy adversa. Es tiempo de reflexionar porque forman parte de nuestra comunidad y con la ayuda adecuada pueden ser activos importantes en nuestra sociedad.

6. AGRADECIMIENTOS

A todos las personas que generosamente han compartido con nosotras sus experiencias de vida.

A Susana Rodríguez nuestra Psicóloga Interna Residente (PIR) de 2017 que nos ayudó en la ardua tarea de recabar datos.

A Noelia Diezma Martín, Trabajadora Social del Servicio de Salud Mental de Moncloa por ser la primera en respondernos a una consulta.

A Lorena Arriagda alumna de prácticas de Terapia Ocupacional, que vino desde Chile y contribuyó con su experiencia en el grupo de discusión.

A Víctor Vega alumno de prácticas de Trabajo Social 17-18, por tantas cosas: sus referencias bibliográficas, actualizaciones en las nuevas tecnologías y por sus aportaciones al artículo.

A todos los compañeros del CRPS “Martínez Campos” por apoyarnos en este trabajo que ha durado casi tres años.

7. BIBLIOGRAFÍA

CRPS “Martínez Campos” (2018). *Memoria 2017*. Madrid: INTRESS.

Diagnóstico comunitario del distrito de Chamberí. (2016). Madrid. <https://diario.madrid.es/chamberi/wp-content/uploads/sites/16/2017/05/Diagn%C2%A6stico-Comunitario-del-Distrito-de-Chamber%C2%A1-dic-2016.pdf>

Santos, A. (2017). *La comunidad china se triplica en dos años y es la segunda más numerosa*. Extraído el 21 de febrero, 2017, https://elpais.com/ccaa/2017/02/20/madrid/1487595130_033723.html

Hoz Garcimartín, Á. (Coord). (2017). *Familias, profesionales y otras tribus*. Barcelona: Intress.

Kottak, C. P. (2011). *Antropología Cultural*. Méjico: McGraw-Hill.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la atención en salud mental*. Madrid: Ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones.

Pérez Sales, P. (2004). *Antropología psiquiátrica y psiquiatría transcultural*. Extraído de <http://www.pauperez.cat/en/thematic/books/7-psicologia-y-psiquiatria-transcultural-bases-practicas-para-la-accion/file>

Portal web del Ayuntamiento de Madrid. *Población extranjera en Madrid*. Extraído el 1 de Julio, 2017, <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Areas-de-informacion-estadistica/Demografia-y-poblacion/Poblacion-extranjera/Poblacion-extranjera-en-la-ciudad-de-Madrid/?vgnnextfmt=default&vgnextoid=c289d54944580510VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=9ce23636b44b4210VgnVCM2000000c205a0aRCRD>

Searle, J. (2006). *La mente*. Bogotá: Grupo Ed. Norma.

ANEXO

