



PROVIDE

PROximity On Violence

Defence and Equity – PROG-776957



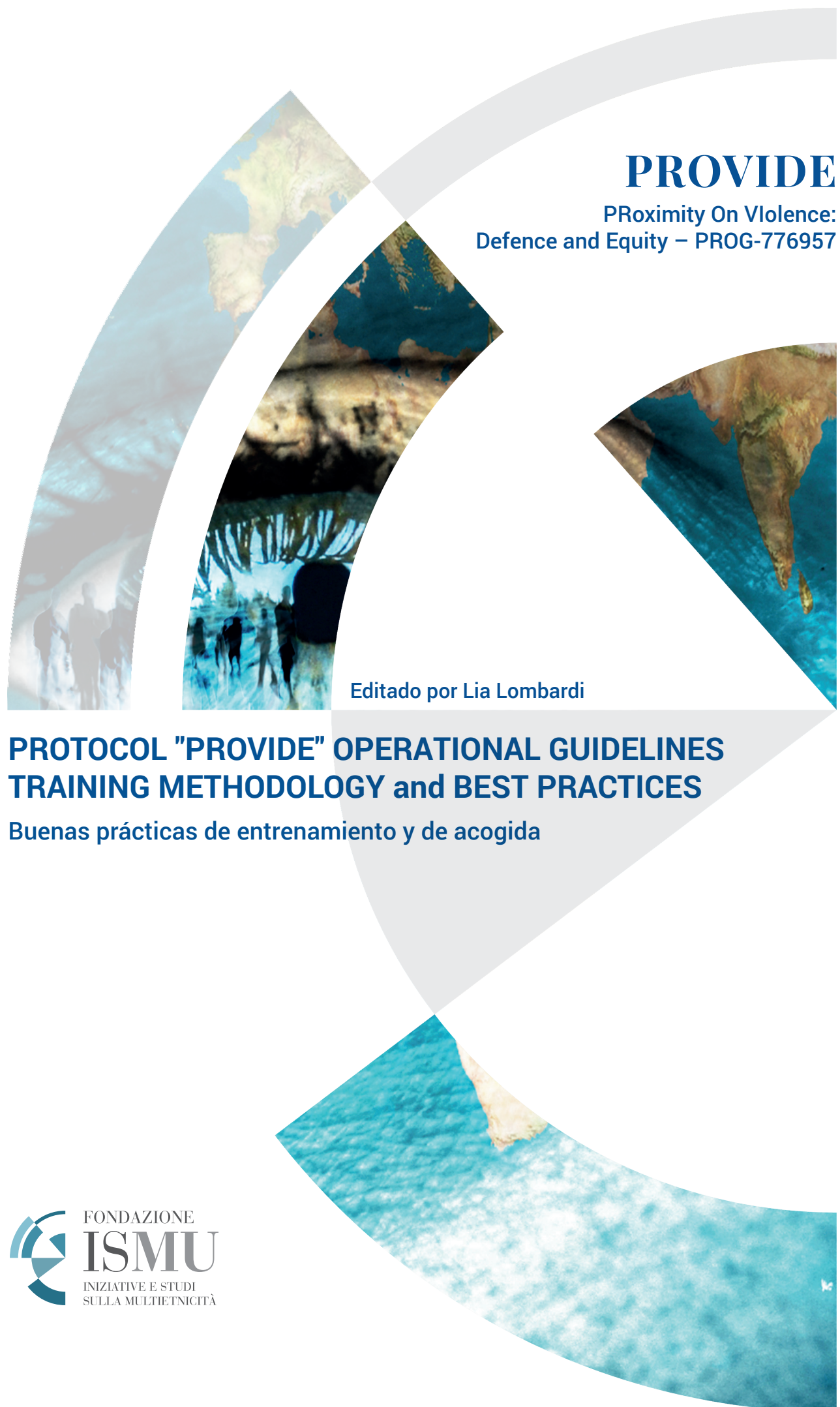
ISMU GUIDE

January **2020**

Editado por Lia Lombardi

PROTOCOL “PROVIDE” OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Buenas prácticas de entrenamiento y de acogida



PROVIDE

PRoximity On Violence:
Defence and Equity – PROG-776957

Editado por Lia Lombardi

PROTOCOL "PROVIDE" OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Buenas prácticas de entrenamiento y de acogida



"This guide has been produced as part of the project
PRoximity On Violence: Defence and Equity (PROVIDE) - PROG-776957
and was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)."

Fondazione ISMU

via Copernico 1 - 20125 Milano

Tel: +39 02 678779.1

Fax: +39 02 67877979

www.ismu.org

Translations:

English, Joan Rundo

French, Virginie Gaugey

Spanish, Maria Clara Conti

Graphic design and layout: Veronica Gariboldi

© Fondazione ISMU, Milan 2020

ISBN 9788831443067

Partners



"The content of this publication draft represents the views of the authors only and is their sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains."

Índice

Introducción *por Lia Lombardi*

6

sección 1

BUENAS PRÁCTICAS DE ENTRENAMIENTO

1 | Violencia de proximidad y violencia de género en contextos migratorios

Por Valeria Alliata di Villafranca

<i>Introducción y objetivos del módulo</i>	11
<i>Ficha 1.1</i> Estado de las migraciones y sistema de acogida en los ámbitos europeo y nacional	12
<i>Ficha 1.2</i> Discriminaciones de género, violencia, proximidad. Definición, causas y formas de violencia	14
<i>Ficha 1.3</i> Violencia de género, de tránsito y de proximidad en los trayectos migratorios	18
<i>Ficha 1.4</i> Consecuencias de la violencia	23
<i>Workshop</i> Estudio de caso: Caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final	28

2 | Derechos humanos, derechos de los migrantes en la legislación internacional, europea y nacional

Por Valeria Alliata di Villafranca

<i>Introducción y objetivos del módulo</i>	31
<i>Ficha 2.1</i> Derecho internacional y normativa comunitaria	32
<i>Ficha 2.2</i> Violencia de género y protección internacional	39
<i>Ficha 2.3</i> Trata de personas y protección internacional	41
<i>Ficha 2.4</i> La normativa nacional	44
<i>Ficha 2.5</i> Información/asistencia a los refugiados, solicitantes de asilo y víctimas	45
<i>Workshop</i> Estudio de caso: Caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final	46

3 | Cuidado de la persona y cuidado de la salud

Por Valeria Alliata di Villafranca y Chiara Dallavalle

<i>Introducción y objetivos del módulo</i>	49
<i>Ficha 3.1</i> El derecho a la salud en las fuentes normativas internacionales	50
<i>Ficha 3.2</i> El derecho a la salud en las fuentes normativas nacionales y locales	50
<i>Ficha 3.3</i> Definiciones y conceptos de medicina, cuidado, salud/enfermedad, necesidades fundamentales y otras evidencias	51
<i>Ficha 3.4</i> El papel de la cultura y su influencia en la salud de los migrantes vulnerables	54
<i>Ficha 3.5</i> La salud de los migrantes	55
<i>Ficha 3.6</i> Migrantes y enfermedades	57
<i>Ficha 3.7</i> Apoyo psicológico a las víctimas de violencia	59
<i>Ficha 3.8</i> Los protagonistas involucrados	61
<i>Workshop</i> Estudio de caso: Caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final	62

4 | Violencia, tortura y trastorno mental

Por Chiara Dallavalle

<i>Introducción y objetivos del módulo</i>		65
Ficha 4.1	Trauma y aspectos postraumáticos	66
Ficha 4.2	Trastornos por estrés postraumáticos	68
Ficha 4.3	El trauma en la migración	70
Ficha 4.4	Migración y violencia	72
Ficha 4.5	Etnopsiquiatría	74
Ficha 4.6	Resiliencia y resistencia	76
Ficha 4.7	Diferencias en la experiencia de violencia vinculada al género	78
Workshop	Estudio de caso: Caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final	80

5 | Manejo del estrés

Por Chiara Dallavalle

<i>Introducción y objetivos del módulo</i>		83
Ficha 5.1	Acoger y escuchar	84
Ficha 5.2	Cómo manejar el miedo, el estrés, la frustración y el burnout	86
Ficha 5.3	Las herramientas para manejar la agresividad	88
Ficha 5.4	Reconocer la existencia de violencia de género y/o de proximidad, y poder asumir responsabilidades	91
Workshop	Estudio de caso: Caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final	94

sección 2

BUENAS PRÁCTICAS DE ACOGIDA

Identificar, prevenir, cuidar

Por Lia Lombardi

<i>Introducción</i>		97
Ficha 1	Sistemas de acogida	98
Ficha 2	Buenas prácticas de acogida	102
Ficha 3	Aspectos críticos y perspectivas	107
El caso	Resistencia y resiliencia	108

Apéndice	109
Bibliografía y sitios web	110
Agradecimientos	114

introducción

por *Lia LOMBARDI*

Estas pautas operativas constituyen el resultado de las dos macro-acciones del proyecto Provide: 1. Investigación (Bartholini, 2019b); 2. Formación suministrada a los operadores (Bartholini, 2019a).

La investigación cualitativa deja en evidencia las dificultades de los operadores de los servicios y centros de acogida que enfrentan un elevado turn-over; la falta de competencias específicas respecto de la violencia de género y de proximidad; la carencia de oferta formativa especializada (Lombardi, 2019a).

A partir de la exposición de las necesidades formativas de los operadores, identificamos algunas palabras clave que han sido objeto de comparación entre los expertos del equipo Provide, que dieron lugar a cinco módulos formativos (Bartholini, 2019b) y que son objeto de estas líneas guía.

- 1 *Violencia de género versus violencia de proximidad.*** Destaca la doble violencia a la cual están expuestos los/las migrantes y los/las solicitantes de asilo y refugiados/refugiadas: la violencia antes, durante y después del viaje, y la violencia la institucional y estructural que encuentran en los países de llegada (Lombardi, 2019a).
- 2 *Derechos humanos y derechos de los migrantes en la legislación.*** Correspondencia de las fuentes de derecho internacional sobre los derechos humanos con las directivas/recomendaciones europeas y de los países miembro, partner del proyecto.
- 3 *Atención a la persona y cuidados de la salud.*** Son las consecuencias de la violencia en la salud de los/las migrantes y solicitantes de asilo, que detectan necesidades de salud específicas por lo cual se hace necesario tener habilidades adecuadas.
- 4 *Salud mental.*** Fortalecimiento de los procesos psicosociales y de las competencias relativas a los trastornos de estrés postraumático de los operadores que participan en la formación.
- 5 *Manejo del estrés.*** Se presta especial atención al estrés y al burnout de los operadores que trabajan con migrantes víctimas de violencia y, por consiguiente, refuerzan sus capacidades y destrezas para el manejo del estrés.

El grupo de proyección del “Curso de formación para expertos en violencia de proximidad” ha diseñado su estructura según las “metodologías activas” dirigidas a la formación profesional. Teniendo en cuenta los contenidos de los cinco módulos formativos y las características profesionales de los participantes (asistentes sociales,

educadores profesionales, psicólogos) hemos ideado una estructura modular de cinco horas, divididas en una parte presencial, en la cual el docente presenta a los participantes los conceptos y las referencias de base del módulo, y una segunda parte estructurada en un workshop con participación activa de los integrantes del curso. La tipología del workshop se inspira en el “método de los casos” (Massa, 1997) y está dirigida por un docente y por un colaborador (Lombardi, 2019b). Los casos, que se refieren a historias reales e inherentes al módulo de referencia, se leen y se proponen al grupo del aula, el cual será invitado a dividirse en subgrupos de 4-8 participantes. El docente y su colaborador solicitan que los grupos reflexionen y discutan el caso siguiendo tres parámetros de análisis: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, de su contexto de origen y llegada; 2. Debilidades y fragilidad de la persona, de su contexto de origen y llegada; 3. Manejo del caso por parte de los servicios (aspectos críticos, buenas prácticas, eficacia).

Al finalizar el trabajo (30-40 minutos, aproximadamente) el portavoz de cada grupo expone en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada educativa, ya que cada grupo –y cada participante– tiene la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

El workshop concluye con una breve intervención del docente y del colaborador para resumir los análisis de los grupos, resaltar los aspectos más importantes y agregar información y/o aspectos relevantes.

Hemos estructurado las líneas guía en dos partes: la primera se refiere a las “buenas prácticas” del curso de capacitación, y la segunda evidencia las “buenas prácticas” de acoger a los migrantes víctima de violencia que surgieron de la investigación.

Para facilitar a los educadores la utilización de las líneas guía, estas se realizaron siguiendo un proceso a partir de fichas que describen los eventos formativos, retomando los contenidos y los enfoques más significativos de la formación que tuvo lugar en los territorios target (Sicilia, Lombardía, Toscana, región de París, Andalucía), donde se señalan los casos a modo de ejemplo y la modalidad de organización y conducción del workshop.

La segunda parte, dedicada a las “buenas prácticas de la acogida”, se fundamenta en tres criterios - identificar, prevenir, curar - y sigue igualmente una estructura con base en fichas, que se refiere a: los sistemas de acogida en Italia, Francia y España y de algunas realidades locales; las buenas prácticas de acogida y asistencia de las personas inmigrantes víctimas de violencia, así como el trabajo de red (governance, protocolos, acciones); el aspecto crítico y las perspectivas del sistema.

Sección 1

Buenas prácticas de entrenamiento

5h



Violencia de proximidad y violencia de género en contextos migratorios

Por *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

1





15'

El módulo introduce temáticas vinculadas a la violencia de género y de proximidad, y en él se propone analizar las causas y los diferentes tipos de violencia que se presentan antes, durante y después del proceso de migración. A partir de la exposición de informes y análisis experimentales de cada uno de los casos, el proceso formativo tiene como objetivo suministrar a los operadores herramientas útiles y eficaces, ya sea para identificar a las víctimas de violencia, como para encuadrar los ámbitos y entornos dentro de los cuales se presentan los abusos y los actos de violencia, con la finalidad de poner en práctica métodos eficaces de asistencia y empoderamiento de las víctimas.

Las migraciones forzadas deterioran las relaciones familiares, de amistad y comunitarias dentro de los contextos de origen, con lo que se afecta la identidad cultural, religiosa y de género. Los niños, los jóvenes y las mujeres son los más vulnerables y los más expuestos a ser objeto de violencia, abusos, explotación, intimidación y represalias, con consecuencias que repercuten en la salud física y mental

Ficha 1.1

Estado de las migraciones y sistema de acogida en los ámbitos europeo y nacional

35'



Movimientos migratorios hacia Europa

Vías terrestres y marítimas de los migrantes

En esta sección se señalan y analizan los movimientos migratorios hacia Europa y los desembarques en las costas mediterráneas; así mismo, los datos cuantitativos:

- » En relación con las llegadas por vía terrestre y por vía marítima, se especifican los lugares de llegada y se clasifican según el lugar de destino.
- » En relación con el lugar de procedencia y los países de origen.
- » En relación con la presencia de categorías vulnerables (como se indica en la ficha 3).
- » En relación con las solicitudes de asilo, donde es posible indicar las solicitudes aceptadas y las rechazadas.
- » En relación con rechazos o deportación.
- » Otras informaciones que el profesor considere importantes desde el punto de vista histórico en el que se realiza el proceso educativo.

Ámbito nacional

En esta sección se tratarán los contextos y las situaciones referentes al país miembro donde se llevará a cabo el proceso educativo, con énfasis en los siguientes argumentos:

Solicitud de asilo en el país miembro (Italia, Francia, España, etc.)

- » En relación con las llegadas por vía terrestre y por vía marítima, se especifican los lugares de llegada y se clasifican según el lugar de destino.
- » En relación con la procedencia y los países de origen.
- » En relación con la presencia de categorías vulnerables.
- » En relación con las solicitudes de asilo, donde es posible indicar las solicitudes aceptadas y las rechazadas.
- » En relación con rechazos o deportación.
- » Otras informaciones que el profesor considere importantes desde el punto de vista histórico en el que se realiza el proceso educativo.

Sistema de acogida del migrante

- » Cómo funciona el sistema de acogida nacional y local.
- » Niveles de hospitalidad y servicios que ofrecen los centros de asistencia a los migrantes.
- » Buenas acciones y aspecto crítico.



***La salud de los migrantes regulares, irregulares, solicitantes de asilo y refugiados.
Derecho y acceso a los servicios de salud.***

Con base en su estatus administrativo, ¿qué tipo de acceso a los servicios de salud se garantiza a los migrantes?

Es necesario señalar si existen diferencias entre:

- » Migrantes regulares: residentes, con permiso y/o carta de residencia.
- » Migrantes irregulares: no residentes, sin permiso de residencia, sin documentos.
- » Titulares de protección internacional, subsidiaria, otros.
- » Solicitantes de asilo.

Ficha 1.2

Discriminaciones de género, violencia, proximidad. Definición, causas y formas de violencia

35' + pausa 15'

pausa al final de la ficha



Discriminaciones de género y desigualdades

La igualdad de género no es otra cosa que la equidad de condiciones entre el hombre y la mujer de acuerdo con las necesidades de cada uno. Esta igualdad debe llevar una perfecta equivalencia en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades. En la mayor parte de las sociedades, las desigualdades se manifiestan precisamente por la negación de estas equivalencias y, por consiguiente, de la atribución de responsabilidades, derechos, beneficios y oportunidades de manera distinta para hombres que para mujeres, cualquiera que sea la actividad que desempeñen, en el acceso y control de los recursos o en casos de toma de decisiones.

Algunos índices de discriminación y desigualdad de género

Acceso a la educación, actividad económica, poder de decisión y de control.

El informe Social Watch 2012, GEI Gender Equity Index señala que, a escala mundial, la relación promedio de desigualdad de género es la siguiente: en la educación equivalente a 0,82 (máx. América del Norte 1,00, mín. Oriente Medio y África del Norte); en la actividad económica equivalente a 0,57 (máx. 0,74 en Asia Central, mín. 0,23 en Oriente Medio y África del Norte); finalmente, en toma de decisiones y control, equivalente a 0,28 (máx. 0,48 en Europa y América del Norte, mín. 0,14 en Asia Meridional, Oriente Medio y África del Norte).

Salud reproductiva y acceso a los servicios sociosanitarios

En lo que concierne a salud reproductiva, los problemas ligados a ella son la principal causa de enfermedad y muerte de mujeres en edad reproductiva en todo el mundo. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), cada minuto muere una mujer durante el parto por causas que hubieran podido evitarse con un oportuno acceso a los servicios sociosanitarios, que por lo general son negados. Las cifras señalan que por cada una de estas muertes existen más de 20 mujeres que tienen problemas permanentes de salud debido a complicaciones surgidas durante el trabajo de parto.

Primeros reconocimientos de derechos humanos fundamentales y de la mujer

En 1993, la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, mediante la *Declaración de Viena y el Programa de Acción*, reconoció los derechos humanos de las mujeres y de las niñas como “elemento inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”. Se obtiene, por consiguiente, un



reconocimiento de las “diferentes formas de discriminación y violencia al cual las mujeres están continuamente expuestas en todo el mundo”.

La **violencia de género** se reconoce como una violación de los derechos humanos fundamentales.

Definición de violencia contra las mujeres.

(Art. 113 de la Plataforma de Acción de la Conferencia de Beijing)

“Todo acto de violencia basado en el género, que tiene como resultado posible o real un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.

“La violencia contra las mujeres representa la manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres [...]. La violencia contra las mujeres ejercida durante el ciclo de vida se deriva esencialmente de factores culturales y, en especial, de los efectos nocivos producidos por algunas prácticas tradicionales o habituales, pero también de actos de extremismo vinculados a la raza, el sexo, el idioma y la religión, actos que perpetúan la condición de inferioridad de la mujer en el seno de la familia, en el lugar de trabajo, en la comunidad y en la sociedad”. [...] “Con base en esa convicción, la violencia de género se articula según tres diferentes acepciones (física, sexual y psicológica), que están relacionadas en los diversos contextos de vida (familia, comunidad y Estado)”.

La violencia contra la mujer comprende

Violencia física, sexual y psicológica dentro de la familia: incluye golpes, abuso sexual de niñas en el ámbito doméstico, violencia derivada de la posesión de herencias, violación sexual conyugal, mutilación de los genitales y otras prácticas tradicionales que perjudican a la mujer, así como la violencia que se deriva de la explotación económica.

Violencia física, sexual y psicológica en el ámbito de una comunidad más grande: incluye el estupro, el abuso sexual, el acoso sexual y la intimidación en el lugar de trabajo, en las estructuras educativas o en otros lugares; el tráfico de mujeres y la prostitución forzada.

Violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, en cualquier parte que se verifique.

Ficha 1.2

Violencia intrafamiliar y doméstica

Definición

Todo acto o comportamiento ejercido por una persona que, abusando de su posición de poder (físico y/o psicológico), ocasione un daño físico y/o psicológico a un familiar, incluidas las amenazas o los actos de violencia física, psíquica o sexual ejercidos dentro de una relación familiar o de pareja.

Maltratador/Víctima

Pareja íntima, cónyuge, padres, hermano/hermana, hijo/hija, anciano (por ejemplo abuelos), otros familiares.

Perfil del maltratador o abusador

Violento solo en familia: sujetos moderadamente violentos dentro o fuera de la familia; no presentan importantes trastornos psicopatológicos.

Disfórico (borderline): discretamente o muy violentos, en especial en la relación de pareja. Seriamente trastornados, les cuesta trabajo aceptar el abandono. Celos patológicos.

Antisocial, generalmente violento: agresores antisociales violentos, generalmente con antecedentes penales.

Características de la víctima

La víctima de maltrato, cuando pide ayuda, por lo general presenta: miedo, vergüenza, dependencia emotiva, falsa percepción del peligro (algunas veces), inseguridad respecto a la posibilidad de dejar a la persona que la maltrata.

Entorno

Cualquier tipología de familia y/o de pareja (heterosexual, homosexual u otro), de cualquier edad, de cualquier grupo al que pertenezca (étnico, religioso, etc.), de cualquier nivel socioeconómico y cultural.

Formas de violencia intrafamiliar y/o doméstica

- » **Violencia psicológica.** Humillar, desestimar, culpar, controlar acciones y/o decisiones, limitar la autonomía, aislar.
- » **Violencia económica.** Prohibir u obstaculizar el acceso a un trabajo fuera de la casa; privar del salario o controlarlo; no permitir el control de la gestión económica familiar; negar o limitar el acceso a las finanzas familiares (tarjetas, cuentas bancarias, etc.); no cumplir con los deberes de sustento establecidos mediante sentencia; explotar a la persona como fuerza de trabajo en la empresa familiar (actividad campesina, turística, artesanal, etc.) sin compensación alguna ni poder de decisión o acceso a los medios financieros; endeudar a la mujer por el incumplimiento de sus deberes.
- » **Violencia física.** Cachetear, rasguñar, morder, asfixiar, golpear con objetos, jalar el pelo, coger a puños y/o patadas, causar quemaduras con cigarrillo u otros objetos que las causen, herir con armas.
- » **Violencia sexual.** Obligar a tener relaciones sexuales por la fuerza mediante amenazas o chantajes; imponer prácticas indeseadas; imponer relaciones que ocasionan daño físico y/o psicológico.



Violencia de proximidad

¿Qué se entiende por violencia de proximidad?

La violencia de proximidad se ubica entre la violencia de género descrita por las normas internacionales y la violencia regularizada explícitamente por las encuestas sociológicas. Se caracteriza por lo siguiente:

- » Vínculo entre violencia interpersonal, simbólica y física, favorecida y estructurada por el contexto.
- » Interrelación entre dominio público, espacio privado y esfera de la imaginación.
- » Violencia radicada en la vida cotidiana y en sus espacios más débiles.
- » Resultado del reconocimiento del otro, por parte de la víctima, dentro de un contexto o una situación.
- » Manipulación de la confianza interpersonal que conduce al abuso de la vulnerabilidad del otro.

El término deriva de *proximus* y se refiere a la forma gramatical de absoluto superlativo que significa “la persona más cercana a otra” en un determinado espacio y en un momento determinado (Bartholin, 2013). Se refiere, por consiguiente, a un tipo de relación en el cual los sujetos están recíprocamente unidos por una cercanía que se deriva del compartir una experiencia emotiva (Collins, 2008).

El *proximus* es el **otro**, como partícipe de una experiencia emotiva provocada en la víctima mediante acciones violentas.

Respecto de la víctima, el agresor se encuentra en una posición asimétrica y perturbadora. Desde este punto de vista, la posibilidad de ejercer violencia de proximidad está subordinada al comportamiento y a las acciones del abusador, que domina a una víctima en condiciones de absoluta vulnerabilidad determinada por la situación..

¿Cómo se presenta la manipulación del otro como sujeto vulnerable y expuesto?

La manipulación de la víctima, como sujeto vulnerable y expuesto, se presenta por medio de:

- » **Confianza manipulada:** cuando el agresor se gana la confianza.
- » **Identificación de más importancia:** reconocimiento del poder/identidad del otro, como agresor.
- » **Resistencia:** ejecución de procesos de resistencia por parte de la víctima.
- » **Resiliencia:** ejecución de procesos de resiliencia por parte de la víctima.

Elementos positivos

Confianza y atención, cuyo significado es la relación entre el acosador y el acosado, como en el caso particular de las mujeres víctimas de explotación sexual. Los sujetos a los que se refiere son en realidad factores de resistencia, que básicamente retardan o impiden la conciencia de una absoluta vulnerabilidad.

¿Por qué es más apropiado hablar de violencia de proximidad?

- » Se trata de un tipo de violencia activada en los sujetos más vulnerables por parte de sus más cercanos, que afecta incluso hasta a la familia de las víctimas.
- » Implica una aceptación inicial voluntaria basada en la confianza del abusador o en el explotador.
- » Produce mecanismos de defensa en la víctima que hacen que el vínculo abusivo operado en su contra (resistencia) sea aceptable o difícil de cortar.
- » Produce mecanismos de resiliencia activa que inducen a aceptar la situación.

Ficha 1.3

Violencia de género, de tránsito y de proximidad en los trayectos migratorios



Género, violencia, conflicto y migración

Existe una fuerte relación entre género, violencia, conflicto y migración, ya que la violencia, en sus diversas manifestaciones (física, sexual, psicológica, estructural o institucional) se convierte en una herramienta de poder, de sumisión y perturbación. En conflictos y en situaciones críticas, el cuerpo femenino, especialmente, se convierte en un “lugar público” (Duden, 1984; Lombardi, 2009). Los refugiados y los que solicitan asilo, la mayoría de las veces escapan de guerras, persecuciones o situaciones de dificultad extrema en sus países de origen, y una gran parte de ellos viven en condiciones de privación, violencia y abusos en los países de tránsito (por ejemplo, Libia).

La violencia de género se puede verificar en un ámbito de conflicto, durante el viaje migratorio, y en los Estados miembro de la Unión Europea que brindan acogida (por ejemplo, en las estructuras hospitalarias y/o de detención).

Con base en hechos de violencia hacia mujeres y jovencitas, la violencia de género se entiende como factor que incluye ataques físicos, sexuales y psicológicos – incluidas las amenazas de estas mismas acciones –, la coerción o la privación arbitraria de la libertad y la extorsión.

La violencia se refiere a acciones que se llevan a cabo en lugares públicos o privados. Puede, por consiguiente, incluir actos violentos por parte de familiares (pareja sexual y por parte de algunos miembros de la familia), así como acoso sexual y otras formas de violencia por parte de otras personas.

Violencia contra mujeres refugiadas o que solicitan asilo.

El cuadro europeo.

Según la Organización Internacional para las Migraciones, OIM, en 2015 un número sin precedentes de personas, familias y menores de edad provenientes de Oriente Medio, África y Asia Central, atravesaron el Mediterráneo y el Egeo en búsqueda de seguridad y protección en Europa. Ese año, más de 3.500 personas murieron ahogadas o desaparecidas durante el trayecto. Entre las muchas debilidades que traen consigo, la salud mental y psicológica, así como los problemas psiquiátricos, se encuentran entre los más importantes y merecen una atención especial. Refugiados y solicitantes de asilo en su mayoría huyen de guerras, de persecuciones y de dificultades extremas en sus países de origen. Muchos de ellos viven privaciones, violencia y maltrato en los países de tránsito, al tener que afrontar viajes excesivamente arriesgados.

La migraciones forzadas deterioran los apoyos familiares, de amistad y comunitarios



de los contextos iniciales, presionando las identidades culturales, religiosas y de género. Los niños, los jóvenes y las mujeres son los más vulnerables y los que más corren riesgos de sufrir violencia, abusos, explotación, intimidaciones y represalias, con consecuencias en su salud física y mental.

Categorías de migrantes vulnerables

Mujeres y niños en peligro, menores de edad no acompañados, mujeres embarazadas, padres con hijos menores de edad, discapacitados, personas que requieren asistencia médica que solo se les puede garantizar con el reasentamiento, personas que demandan un reasentamiento de urgencia por razones de protección jurídica o física, incluidas las víctimas de violencia o tortura.

Clases de vulnerabilidad

Violencia psicofísica, luto o pérdida de familiares, víctimas de conflictos tribales/guerras, abusos sexuales, víctimas de trata de personas, embarazo derivado de violación o estupro, dependencia.

Índices sobre el estado de salud de los migrantes vulnerables

- » **Enfermedades contagiosas:** incidencia superior respecto al promedio del país huésped.
- » **Enfermedades transmisibles por vía sexual:** especialmente entre migrantes irregulares y víctimas de violencia.
- » **Salud mental:** problemas psicológicos y psiquiátricos entre refugiados y solicitantes de asilo como resultado de torturas, violencia, viajes extremadamente peligrosos.
- » **Salud reproductiva:** muchas mujeres se encuentran embarazadas y en la mayor parte de los casos quedaron en embarazo durante el viaje. Por este motivo solicitan un IVG (aborto), pero no siempre es factible. Para resolver problemas de salud reproductiva (embarazo, nacimientos, abortos, contracepciones, etc.) es conveniente que los centros de acogida establezcan una cooperación con los consultorios médicos de familia.

Violencia de género (VdG) en los procesos migratorios

Respecto a la violencia de género, l'UNHCR, UNFPA y la WRC (Women Refugees Commission) han manifestado su preocupación por los riesgos y la violencia a la cual se someten las mujeres refugiadas que se encuentran en tránsito hacia Europa. En 2015, l'UNHCR, UNFPA y WRC efectuaron una encuesta sobre los riesgos que corren las mujeres y las niñas en tránsito hacia Europa. Tanto hombres como mujeres están expuestos a riesgos y vulnerabilidades de diverso tipo durante el trayecto migratorio. Las mujeres y los niños son especialmente objeto de discriminación, violencia sexual y de género, y, por consiguiente, necesitan de hospitalidad y de estructuras específicas. Los centros de acogida por lo general están saturados, lo cual conlleva mayor riesgo de violencia, abusos y explotación tanto para las mujeres como para los menores de edad (ACNUR, 2017).

Riesgos durante el trayecto y la acogida. Violencia de tránsito, familiar/doméstica, estructural, institucional y de proximidad

Una reciente evaluación de los riesgos que corren las mujeres y los niños refugiados ha identificado casos de violencia sexual y de género, incluidos matrimonios precoces y forzados, trata de personas, violencia doméstica, abusos sexuales y

Ficha 1.3

físicos tanto en el país de origen como durante el trayecto y en el país de tránsito. Según el informe de UNHCR, UNFPA y WRC, la respuesta a la crisis humanitaria europea es insuficiente y generalmente ineficaz, incapaz de prevenir la violencia y de enfrentar las consecuencias. Además, no existen suficientes datos sobre la actual crisis humanitaria y esto podría alimentar **la percepción de que la violencia contra las mujeres no constituye un factor importante de esta crisis**. En fin, según el informe de UNHCR, UNFPA y WRC, las mujeres y las jóvenes siempre son vulnerables a la violencia de género, incluso en los centros de acogida y en otras estructuras, una vez llegadas a Europa (por ejemplo: policía, funcionarios administrativos, administradores de centros hospitalarios, etc.).

Violencia de tránsito. Muchas mujeres migrantes, cuando son entrevistadas, manifiestan que han sido violadas y obligadas a prostituirse para pagar los documentos del viaje y el mismo viaje, pero por miedo de tener que aplazarlo, niegan que fueron víctimas de violencia y no solicitan asistencia médica. Un número cada vez mayor de hombres y de menores de edad evidencian signos de violencia y de tortura cuando llegan, y manifiestan haber sido maltratados y golpeados incluso antes del inicio del viaje, con la amenaza de no ser llevados al sitio de destino (ACNUR-UNFPA-WRC, 2016).

Violencia familiar o doméstica. Se ha constatado que durante el viaje muchas veces se han creado falsas familias como protección hacia las mujeres, para beneficiarse de las estructuras destinadas a los núcleos familiares; sin embargo, durante la convivencia, estas parejas “explotan”. No obstante, existan familias de verdad, al tener que pasar por situaciones muy difíciles en el país que los acoge, éstas también “explotan” por causa del estrés. En ambos casos, el malestar de la familia se puede traducir en abuso físico contra las mujeres y/o los menores de edad.

Violencia estructural. La violencia estructural se refiere a esas situaciones en las que las víctimas (mujeres y hombres) viven situaciones en las cuales la violencia constituye un *modus vivendi*, y que han experimentado desde la infancia situaciones en las que niños y niñas han perdido cualquier tipo de protección y tutela, quedando a merced de los adultos, por lo cual se convierten en herramientas útiles necesarias para llevar a cabo sus negocios. Este tipo de violencia se fundamenta en principios jerárquicos radicados en la comunidad y en las sociedades en las cuales las personas más vulnerables son objeto de explotación y abusos, sin que estos sean reconocidos y definidos como tales.

Violencia institucional. Está representada por todas aquellas formas de violencia derivadas de las leyes, de las prácticas administrativas, de la inconsciencia de los funcionarios que reciben a los migrantes (policía, centros de acogida, servicios sociales, burocracia). Está vinculada a toda forma de discriminación institucional que mantiene a las mujeres en un estado de subordinación desde el punto de vista físico e ideológico. La violencia institucional muchas veces se origina en las reglas severas que no se adaptan a una situación específica e individual.

Violencia de proximidad. Se trata de situaciones colectivas referentes especialmente a los grandes centros de acogida. Pueden tener origen en situaciones banales, como una pelea entre niños. A veces se convierten en acciones de hostigamiento respecto de los vecinos; son formas de violencia que los operadores no logran manejar. Otras situaciones tienen que ver con los adolescentes y los jóvenes: donde hay adolescentes vulnerables o jóvenes,



con frecuencia se presentan episodios de stalking e intimidación hacia ellos. Los migrantes más jóvenes también se ven expuestos a otros riesgos: algunos adultos italianos se presentan ante ellos como “protectores” que prometen ayuda. Al principio les dan dinero o regalos, pero en realidad no son otra cosa que “reclutadores” de jóvenes (hombres o mujeres) para el mercado de la droga y la prostitución o de la microcriminalidad.

El problema está en que estos jóvenes no saben cómo protegerse ni saben en qué o en quién pueden confiar. Los niños muy pequeños muchas veces no se dan cuenta de que estos métodos son abusivos, pero tampoco saben a quién dirigirse; no saben si pueden confiar en el personal del centro de acogida o no.

Fenómeno migratorio y violencia normalizada

Para hablar de uno de los grandes negocios de la historia más reciente de la criminalidad mundial, es fundamental identificar las modalidades de ingreso, los trayectos recorridos, los movimientos migratorios, las rutas, los países de salida y los de tránsito de un número considerable de personas en Italia, especialmente mujeres jóvenes, que han llegado a este país procedentes de países del Este de Europa, de África y, en menor cuantía, de otras áreas geográficas, para ser introducidas en el variado mercado de la prostitución. Cuando se habla de trata de seres humanos se hace referencia a una población específica, en particular nigeriana, constituida por un alto porcentaje de mujeres jóvenes, víctimas en gran medida de este fenómeno, con fines de explotación sexual.

El viaje de las mujeres nigerianas que solicitan asilo en Italia

Italia, como el resto de Europa, representa una de las metas principales para la mayor parte de las mujeres que buscan protección. Según la Organización Internacional para la Inmigración, OIM, “cerca del 80% de las migrantes nigerianas que llegaron por vía marítima en 2016, son víctimas de trata de personas destinada a la explotación sexual en Italia o en otros países de la Unión Europea”.

De otra parte, la OIM denuncia “el significativo y preocupante aumento de víctimas de trata de adolescentes”. Muchas de estas jóvenes, al momento de desembarcar, y por indicaciones de los traficantes, se declaran mayores de edad. “De este modo, serán ubicadas en estructuras de acogida para adultos, donde les será más fácil contactar a sus traficantes, que irán a sacarlas de allí con más facilidad”.

El comercio de seres humanos está involucrando mujeres de edad cada vez más baja (entre 16 y 19 años). “Son cada vez más jóvenes, apenas escolarizadas, y cada vez más pobres. Se trata, preferencialmente, de muchachas entre los 15 y los 17 años, con una cuota creciente de niñas”. El dinero que ganan las menores debe ser restituido (a la mamam) para pagar la deuda, y toda ruptura sospechosa se compensa o contrarresta con un nuevo contrato.

Figuras, funciones y formas de reclutamiento en el país de origen. Formas de explotación.

La mamam es la mujer que ejerce funciones clave en todas las etapas del ciclo de la explotación sexual. En especial, controla cada aspecto de la cotidianidad de las muchachas, lo que significa que tiene un control absoluto de sus deudas y de su vida. En efecto, es la que decide el destino final en Italia y los posteriores traslados. Decide, además, los lugares, los tiempos y las formas de trabajo en prostitución;

Ficha 1.3

por ejemplo, si tienen que hacer doble turno o si tienen que trabajar solo de día o de noche.

El reclutamiento se lleva a cabo en Benin City (sur de Nigeria), en las áreas rurales y en las localidades más remotas de los estados de Anambra, Delta y Lagos. Parten desde Nigeria con destino a Níger y los estupros inician por lo general en el desierto, al inicio del viaje. Testimonios recogidos revelan que en Níger se lleva a cabo la inducción forzada hacia la prostitución indoor, o sea internas en prostíbulos. En este caso, la explotación sexual forzada siempre se impone a las víctimas, con el fin de que empiecen a pagar a los traficantes la deuda contraída por el viaje. Desde Níger, el viaje de las mujeres prosigue hacia Libia. Un viaje que se convierte en una pesadilla plagada de abusos y de violencia.

Por lo general las encierran en una casa de albergue de donde no pueden salir y adonde llegan los hombres para obligarlas a tener relaciones sexuales o a prostituirse. En Libia, la estadía y la explotación sexual continúa durante meses, en las llamadas connection house, antes de partir a Italia. Allí son sometidas a la prostitución indoor sin ningún tipo de protección; de hecho, algunas quedan embarazadas. (Save the Children, *Pequeños esclavos invisibles. Las jóvenes víctimas de trata y explotación de personas*, 2015).

Etapas y tipología de la violencia que sufren los/las migrantes vulnerables durante un trayecto migratorio.

Etapa	Tipología
Durante el conflicto, antes de escapar de sus países de origen	Abusos cometidos por las autoridades; trata de seres humanos; violencia sexual, estupro; secuestro por parte de grupos armados, incluidas las fuerzas de seguridad oficial; estupros en masa; embarazos forzados.
Durante el movimiento migratorio	Agresiones sexuales por parte de bandidos, guardias de fronteras, piratas; secuestro para trata de seres humanos y trata 'moderna' de esclavos.
En el país de asilo	Agresiones sexuales, coerción, extorsiones por parte de personas con poder; abusos sexuales, niños secuestrados llevados a casas de familias que los acogen; violencia doméstica; violencia sexual durante las actividades cotidianas; relaciones sexuales transnacionales a cambio de sobrevivir (prostitución forzada); prácticas tradicionales.
Durante la deportación/repatriación	Regreso/expulsión/repatriación. Abuso sexual de mujeres y niños que fueron separados de sus familias; abusos sexuales por parte de personas con poder; estupro; violencia sexual; expulsión forzada.
Durante el trayecto de reintegración	Abusos sexuales contra refugiados como forma de castigo; relaciones sexuales transnacionales para legitimar la situación; exclusión de procesos decisionales; rechazo o negación del acceso a los recursos, a documentos de identidad, al derecho a recuperar los bienes.

fuentes: Tran Thanh J., 2019



Ficha 1.4

Consecuencias de la violencia



Resistencia y resiliencia

Uno de los principales problemas que gira en torno a la violencia de género es que dificulta la manera de obstaculizarla. Para la gran mayoría de las mujeres entrevistadas, la violencia de proximidad es admitida, tolerada y justificada dentro de una visión tradicional de la pareja o como consecuencia de una dependencia afectiva.

Desde ese punto de vista, el patriarcalismo (Edwards, 1987; García-Moreno, 2006) no representa solo una interpretación de la violencia en lo que concierne a peculiaridad económica, cultural o religiosa de sus protagonistas, sino que encuentra su caracterización epistémica en la violencia de la víctima por parte de un agresor cercano, tanto durante el viaje como en el momento de la explotación por prostitución.

Mecanismos de resistencia de las víctimas que pueden generarse solo mediante relaciones de proximidad

Resistencia de las víctimas

En ámbitos particularmente estresantes, de privaciones o dolorosos, la víctima encuentra una razón o una motivación que justifica en parte la violencia, pero que, además, le permite resistencia. De eso se deriva la posibilidad de una sucesiva narración de hechos violentos que, yendo más allá de la simple dicotomía agresor-víctima, transforma a esta última en una víctima a medias y al agresor en un agresor a medias. El resultado final es el de una narración de efectos contrastantes y de resultados contradictorios que justifican el ejercicio de la violencia.

Mecanismos de resiliencia que pueden generarse solo mediante relaciones de proximidad

Resiliencia de las víctimas

La resiliencia es un elemento dinámico e indica:

- » Resistencia a las dificultades.
- » Capacidad de reconstruirse 'positivamente'.

El término proviene de la física y significa "capacidad de un metal de retomar su propia forma después de haber recibido un golpe tan fuerte que le ha provocado la ruptura". En el caso de las víctimas de violencia, se trata de evaluar la resistencia misma al acto de violación y el interés de encontrar elementos positivos dentro de actos de explotación y abuso.

Ficha 1.4

Resiliencia y framing

Goffman explicó cómo todas las formas de interacción recurren al *framing*. El *framing* permite atribuir un significado a las experiencias, enmarcar situaciones cotidianas dándoles con esta operación de “encuadre”, un significado a las interacciones.

El *framing* es un marco dentro del cual los participantes asumen funciones específicas. No se trata de un marco como estructura estática, sino de un *framework* (entorno de trabajo).

El *framework* constituye una verdadera y propia actividad de adaptarse a la realidad. La capacidad de adaptarse a un determinado *framework* no es innata, sino que se adquiere. La dinámica con la cual “tomamos parte” de determinadas experiencias dentro de esquemas específicos interpretativos, definida por Goffman con el término *framework* (Frame Analysis, 1974), se debe interpretar como una forma de resiliencia con la cual las víctimas modulan la percepción misma de la realidad que las contextualiza como víctimas, encontrando elementos positivos de su posición en el mundo.

Naturalización y racialización

Separar el tema de la violencia de proximidad que afecta las representaciones culturales que lo justifican, así como de los procesos de resiliencia y resistencia, significaría apartarlo de cualquier interpretación que la ‘naturaliza’. Esto generaría una especie de **racialización** del migrante (Crenshaw, 1991; Razack, Smith & Thobani, 2011).

De las entrevistas efectuadas a las mujeres migrantes se evidencia cómo generalmente **solo la violencia física se considera como tal**, mientras que las demás formas de maltrato, desde el económico hasta el simbólico que lleva a la explotación sexual dentro de una relación, se perciben, la mayoría de las veces, como comportamientos justificables por parte del hombre, al cual se le atribuye la autoridad con la que se decide el orden dentro de una relación y el uso instrumental de la mujer con la finalidad misma del mantenimiento de la relación.

Resulta evidente cómo la relación se funda en una asimetría, caracterizada por el hecho de que el hombre ejerce una función de superioridad (Romito, 2000), en un contexto de violencia estructural (Farmer, 2003). Allí es donde, de acuerdo con Butler (2016), estas mujeres viven en un contexto de resistencia a “su” violencia, a partir de un proceso de naturalización de la violencia.

Poder regulativo de la violencia

Como consecuencia de la resistencia y resiliencia de la víctima, la relación se transforma en autoinmune y excluye el conflicto.

- » **Autosuficiente.** Cuando la violencia –en formas y modalidades diferentes– se convierte en el elemento mismo que mantiene unida la relación, esta asume características de autosuficiencia; es decir, la violencia “es suficiente” para mantener la relación en pie y hace que dentro del ritual de comportamiento de la pareja involucrada cumpla una función constituyente al punto de permitir que



la relación se mantenga y continúe en pie. Esto es válido tanto en la relación de pareja como en la relación entre adolescentes o jóvenes (cuando se manifiestan dinámicas de violencia de grupo).

- » **Autoimmune.** En cuanto a autoinmunidad, la relación que se basa en la violencia excluye cualquier otra forma de resistencia, convirtiéndose esta última en elemento indispensable para el mantenimiento de la relación. La violencia se convierte así en el fundamento en el cual se basa el dominio de uno sobre el otro, a falta de cualquier otra forma de apego recíproco.
- » **Sustituye el conflicto** que, en su forma ‘domesticada’ de competencia, rivalidad, dialéctica, prevé “la simetría intencional” de los sujetos involucrados a reaccionar con el objetivo de obtener un resultado, o de la puesta en juego, y, al mismo tiempo, “una asimetría de objetivos, de expectativas y de recursos finalizados a la búsqueda de un equilibrio o de un restablecimiento de las partes” [Bartholini, 2012:18].

La violencia es una herramienta de regulación de las relaciones y una fuerza social autónoma con capacidad de dar significado a la realidad.

En su primera definición, la violencia está enfocada en obtener un poder mayor o está dirigida a reequilibrar el poder entre los protagonistas involucrados. La segunda definición se refiere a la posibilidad misma de que la violencia, como elemento estructurante de la relación, involucre a los participantes confiriéndoles una función (víctima-agresor-espectador) y, por consiguiente, una identidad..

Cómo identificar la violencia de proximidad?

Como fenómeno unitario, la violencia de proximidad se identifica a partir de características de:

- » **“Durée”**, opuesta a la liquidez de las relaciones y a toda discontinuidad temporal con connotación de relaciones ocasionales; la duración permite ‘fijar’ la identidad de los participantes mediante el ritual de pareja que se reitera en el tiempo;
- » **Manipulabilidad del cuerpo**, considerada como un lugar concreto en el cual se ejerce la potencia del agresor, negando así toda libertad individual de la víctima.
- » **Opresividad relacional y recíproca**, referencia de los protagonistas involucrados como condición emocional necesaria a la fijación misma del ritual situacional, opuesto a la libertad de ser y de elegir y a la misma posibilidad de renovar/hacer progresar la relación.

Cuándo explota la relación violenta?

La respuesta a esta pregunta, importantísima para que la performance se concluya a la mayor brevedad posible, depende de la resistencia de la transacción complementaria o de su transformación en transacción cruzada. Esa situación puede suceder solo cuando el framework sobre el cual se inserta agota su capacidad de satisfacer las exigencias de las funciones de todos los participantes interesados, o cuando la performance de cada uno ya no satisface las necesidades del espectáculo, cuando el protagonista ya no está en sintonía con el coprotagonista o ya no satisface las exigencias del público. Y, la última, pero primordial posibilidad, cuando el **testigo**,

Ficha 1.4

observador dentro o fuera de un centro para solicitud de asilo, *se convierte en el salvador*.

Elementos indicativos de las etapas de violencia

Etapas 1

Etapas de la sugestión justificada por el amor del compañero.

¿Qué permite justificar la relación violenta en sus inicios?

- » Qué ficciones.
- » Qué expectativas.
- » Qué cuestiones (¿relaciones con otras mujeres? ¿expectativas de contexto?).

Etapas 2

Etapas de la estabilización de la violencia de proximidad.

¿Qué permite justificar la relación violenta en su estabilización?

- » Temores que vinculan a la víctima con su compañero (¿temor al vacío? ¿de lo que viene después?).
- » Apuestas de la víctima consigo misma.
- » Relaciones cruzadas con el compañero (¿se evidencian?).

Etapas 3

Etapas de la interrupción de la relación violenta.

- » Papel del espectador/asistente social - Escenario abierto.



Conclusiones y consideraciones compartidas

10'



Pausa

15'



1,45h

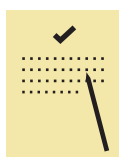


Workshop

Estudio de caso: caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final

Entrega

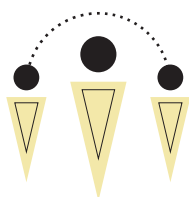
15'



El docente y el colaborador leen e ilustran en clase el caso elegido, que por lo general es real, e invitan a los participantes a dividirse en grupos de 4 a 6 personas. Reparten una copia escrita del caso ilustrado (al menos una copia por grupo).

Trabajo de grupo

40'

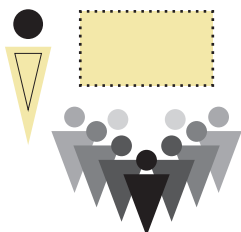


El maestro y el colaborador solicitan a los grupos reflexionar y discutir el caso de acuerdo con tres parámetros: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, su procedencia y su situación de contingencia; 2. Debilidades y aspectos negativos de la persona, su procedencia y su situación de contingencia; 3. Manejo de los casos por parte de los centros de servicio, de acogida, servicios sanitarios, sociales y demás; de igual manera, las deficiencias, las buenas prácticas, la forma en que hubieran podido o debido actuar para obtener mejores resultados en la intervención.

El grupo dispone de 30 a 40 minutos para trabajar.

Exposición

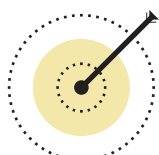
40'



Al finalizar el trabajo, el portavoz de cada grupo expone, en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada de capacitación, ya que cada grupo y cada participante tienen la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

Conclusión

10'

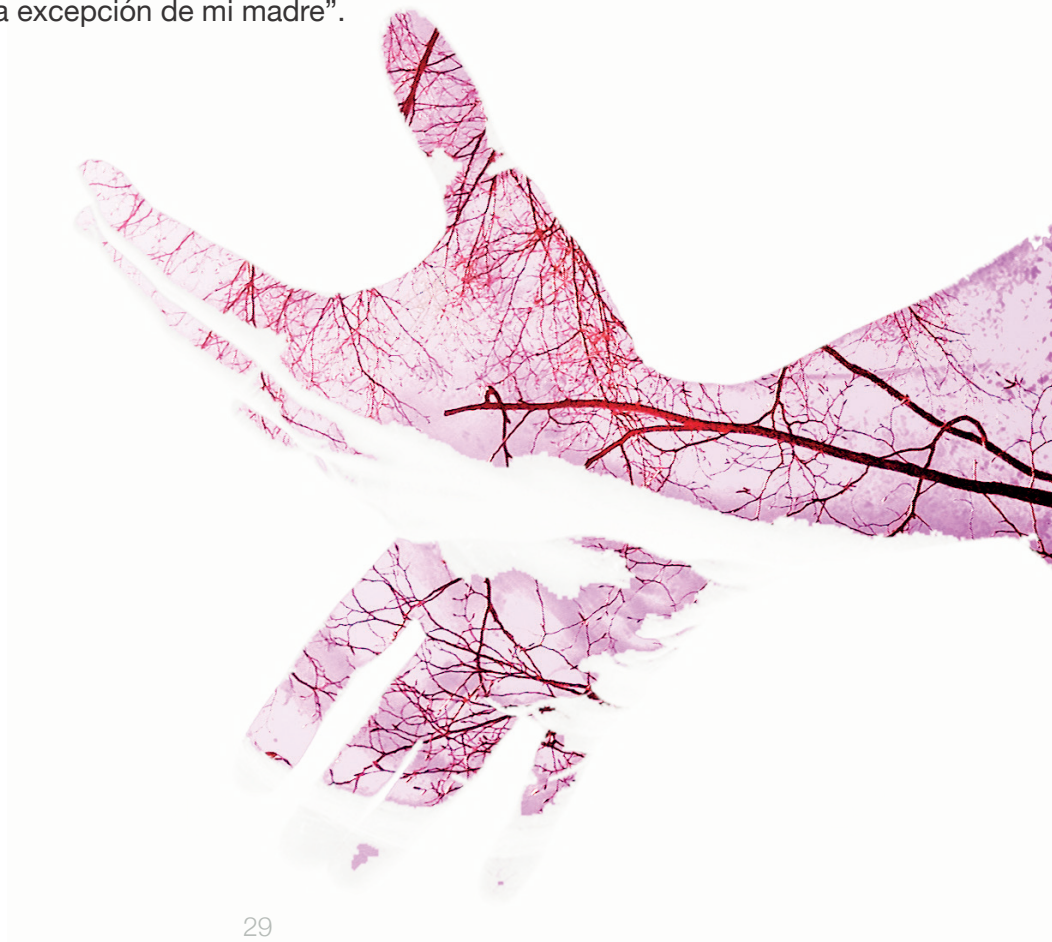


El workshop concluye con una breve intervención del docente y el colaborador para resumir los análisis hechos por los grupos, evidenciar los aspectos más relevantes y, eventualmente, agregar información solicitada por los participantes y/o aspectos que no se presentaron, pero que se consideran importantes.



Caso de Ede

Ede, 16 años, es nigeriana y está en Italia desde hace más de un año. La trajo una madame que le hizo prometer que pagaría la deuda del viaje. Cuando llegó a Italia, la madame llevó a Ede a su casa y dos semanas después comenzó a trabajar como prostituta en Sicilia. Mientras tanto, la joven vuelve a tener comunicación con su madre, pero cuando la madame se entera, le inflige fuertes castigos que incluyen violencia física. A pesar de eso, Ede continúa comunicándose con su madre, que la pone en contacto con su hermanastro. Este último, una vez se entera de las condiciones en que se encuentra su hermana, la visita en Sicilia y la convence de denunciar a la madame. Ede se va con su hermano para el norte, pero por ser menor de edad y al no tener su hermano los medios económicos para mantenerla, los Servicios Sociales se hacen cargo de ella. Aquí surge un nuevo problema: los servicios municipales la entregan en custodia a una familia musulmana de Senegal, que a su manera trata de protegerla. La joven manifiesta que no se encuentra bien con la familia que la acogió y expresa su deseo de regresar con la madame. Ante esta solicitud, los Servicios Sociales le encuentran una nueva familia y la someten a un tratamiento psicológico. En la primera cita, Ede manifiesta haber olvidado las experiencias negativas que tuvo durante el viaje a Italia y durante el tiempo que trabajó como prostituta. También le manifiesta a la psicóloga que se siente triste cuando está sola y que el motivo de su fuga fue su familia. Sostiene: “Quiero pagarle la deuda a la madame porque ella me trajo a Italia y fue mi familia la que me hizo daño, no ella. Mi padre era un hombre malo. Él y mis hermanastros me trataron peor de como se trata a las personas en Libia. Mi problema son ellos, a excepción de mi madre”.



5h



Derechos humanos, derechos de los migrantes en la legislación internacional, europea y nacional

Por *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

2





15'

Este módulo nos introduce en la normativa internacional y europea en materia de derechos humanos, y se propone analizar la eficacia de las normas que en los ámbitos europeo y nacional promueven estos derechos, con especial énfasis en la acogida y la tutela de los migrantes y de quienes solicitan asilo. Se les da especial atención a aquellos instrumentos encaminados a responder las necesidades de personas vulnerables, como las mujeres migrantes, víctimas de violencia de género y de proximidad, víctimas de la trata de personas, miembros de la comunidad LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales).

Ficha 2.1

Derecho internacional y normativa comunitaria



Reconocimiento de los derechos humanos en Europa

5 de mayo de 1949: fundación del Consejo Europeo mediante el Tratado de Londres, con la finalidad de promover los derechos humanos.

4 de noviembre de 1950: los estados europeos, excepto Turquía, firman en Roma el Convenio de Protección de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales, más conocido como Convención Europea de Derechos Humanos, el cual representa el primer instrumento jurídico internacional que garantiza la protección de los derechos del hombre.

1° de noviembre de 1998: se instituye en Estrasburgo la nueva Corte Europea de los Derechos del Hombre en el ámbito del protocolo No. 11 del Convenio Europeo de los Derechos del Hombre.

Misión:

- » Defender los derechos humanos, la democracia pluralista y el estado de derecho.
- » Facilitar la toma de conciencia y la valorización de la identidad y de las diferencias culturales en Europa.
- » Encontrar soluciones comunes a los problemas de nuestra sociedad.
- » Consolidar la estabilidad económica en Europa, facilitando las reformas políticas, legislativas y constitucionales.

Protección internacional

Estatus de refugiado en Europa

(art. 1A Convenio de Ginebra)

Es refugiado todo aquel que, “temiendo con fundamento ser perseguido por motivos de raza, religión o nacionalidad, o por pertenecer a un determinado grupo social, o por sus criterios políticos, se encuentra fuera del país del cual es ciudadano y no puede o no desea, por causa de ese temor, acudir a la protección de ese país; o bien porque, no teniendo ciudadanía, y encontrándose fuera del país en el cual tenía su residencia habitual, después de esas circunstancias, no puede o no desea regresar por el temor antes referido.

PROTECCIÓN INTERNACIONAL

Estatus de refugiado	Art. 1, Convenio de Ginebra de 1951 Directiva 2011/95/UE
Protección subsidiaria	Directiva 2011/95/UE
Otros tipos de protección	Disposiciones nacionales

TIPOLOGÍA DE BENEFICIARIOS

Estatu de refugiado	Ciudadano de tercer país o apátrida que demuestra reunir los requisitos para ser reconocido como refugiado.
Protección subsidiaria	Ciudadano de tercer país o apátrida que no posee los requisitos para ser reconocido como refugiado, pero que si tuviera que regresar a su país de origen correría el riesgo efectivo de sufrir un daño grave.
Otros tipos de protección	Ciudadano de tercer país o apátrida al que no se le puede reconocer la protección internacional, pero respecto del cual se considera que subsisten graves motivos de carácter humanitario.

Noción de grupo social en el derecho de la UE (art. 10, Directiva 2011/95)

Se considera que un grupo constituye un particular equipo social especialmente cuando:

- » Sus miembros comparten una característica innata o una historia común que no puede ser cambiada, o comparten una característica o una fe que es fundamental para su identidad o conciencia, a las cuales una persona no debería ser obligada a renunciar.
- » El grupo tiene una identidad distinta en el país del cual se trata, porque es percibido como diferente por la sociedad que lo rodea.

Orientación sexual e identidad de género

De acuerdo con las circunstancias en el país de origen, un grupo social en particular puede incluir otra agrupación fundada en la característica común de la orientación sexual. La interpretación del término “orientación sexual” no incluye actos penalmente relevantes conforme al derecho interno de los Estados miembro. A efectos de determinar si pertenecen a un determinado grupo social o de la identificación de las características propias del grupo, se deben tener en cuenta las consideraciones de género, incluida la “identidad de género”.

Ficha 2.1

Noción de persecución

Según al art. 1A del Convenio de Ginebra, se consideran actos de persecución los hechos que:

- a. Por su naturaleza o frecuencia son suficientemente graves de representar una violación seria de los derechos humanos fundamentales, en especial de los derechos por los cuales cualquier derogación se excluye de conformidad con el art. 15, inciso 2, de la Convención Europea de Derechos Humanos.
- b. Constituyen la suma de diversas medidas, incluidas las violaciones de los derechos humanos, cuyo impacto sea suficientemente grave para ejercer sobre la persona un efecto similar al que se refiere el literal a).

Son actos de persecución:

- a. Acciones de violencia física o psíquica, incluida la violencia sexual.
- b. Medidas legislativas, administrativas, de policía y/o judiciales, discriminatorias por su misma naturaleza o aplicadas de manera discriminatoria.
- c. Acciones judiciales o sanciones penales desproporcionadas o discriminatorias.
- d. Impedir el acceso a los medios de recurso jurídico y consecuentes sanciones desproporcionadas o discriminatorias.
- e. Acciones judiciales o sanciones penales como consecuencia del rechazo de prestar servicio militar en un conflicto.
- f. Actos dirigidos específicamente contra determinado género o contra la infancia.

Actos de persecución en solicitudes de protección en relación con la violencia de proximidad:

- » Estupro y violaciones sexuales, especialmente en situaciones de detención y en el Ejército.
- » Matrimonios forzados.
- » Tratamientos correctivos.
- » Tratamientos médicos o experimentos científicos sin consentimiento.
- » Discriminación en el acceso a bienes y servicios esenciales.
- » Violación del derecho de reunión y libertad de expresión.
- » Marginación social.

Solicitantes de asilo (LGBTI)

En el contexto de la violencia de género, asume particular importancia la que tiene como raíz la homotransfobia. Las personas LGBTI (lesbianas, gais, bisexuales, transgéneros e intersexuales) por lo general son víctimas en sus países de origen de actos de discriminación o persecutorios, incluida la **violencia física y psicológica**, pero muchas veces las relaciones entre personas del mismo sexo son **penalmente sancionadas**, incluso con la pena de muerte.

Para las personas transgénero, el rechazo o la imposibilidad de acceder en su país de origen a tratamientos de apoyo del proceso de transición, que van desde terapias hormonales hasta intervenciones quirúrgicas, representa una forma de **violencia psicológica en cuanto a negación de la identidad de género**.

Personas intersexuales podrían haber sufrido en su país de origen tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas con finalidades de “normalización” o ajuste forzado de género.

En materia de derechos humanos, los principales tratados internacionales no reconocen explícitamente un derecho a la igualdad con base en la orientación sexual y/o la identidad de género, pero la base de la protección está en el derecho internacional humanitario. Un análisis adecuado para evaluar si un solicitante LGBTI es un refugiado de conformidad con el Convenio de 1951, debe partir de la premisa de que los solicitantes tienen derecho a *vivir en la sociedad por lo que son* y no tienen por qué esconder *su identidad*.

Principios de Yogyakarta

Fueron adoptados en el año 2007 por un grupo de expertos en materia de derechos humanos. Y aunque no son vinculantes, reflejan principios consolidados por el derecho internacional.

Establecen el marco de protección de los derechos humanos aplicables en relación con la orientación sexual y/o la identidad de género, y consagran el derecho a solicitar y servirse de la protección internacional de la persecución perpetrada por motivos vinculados a la orientación sexual o a la identidad de género.

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y la Protección Internacional

Una vez entrado en vigor el Tratado de Lisboa, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea adquirió el mismo valor jurídico de los tratados.

Por tanto, debe considerarse como una fuente de orden primario que no puede ir en contra de los instrumentos de derecho secundario (como los Reglamentos o las Directivas).

La Carta (art. 51) obliga a las instituciones y a los organismos de la Unión, además de los Estados miembro (cuando estos aplican la legislación de la Unión), a respetar esos derechos, observar sus principios y promover su aplicación.

Con fines de la protección internacional, se observa en particular:

Art. 4 (Prohibición de la tortura y de sanciones o tratamientos inhumanos o denigrantes): “Nadie puede ser sometido a tortura ni a sanciones o tratamientos inhumanos o degradantes”. (Redacción idéntica al art. 3 del CEDU).

Art. 18 (Derecho de asilo): “El derecho de asilo está garantizado en el respeto por las normas establecidas en el Convenio de Ginebra del 28 de julio de 1951 y por el Protocolo del 31 de enero de 1967, referentes al estatus de los refugiados, y de conformidad con el tratado que instituyó la Comunidad Europea”.

Art. 19 (Protección en casos de alejamiento, expulsión o extradición): “Las expulsiones colectivas están prohibidas. Nadie puede ser alejado, expulsado o extraditado a un Estado en el cual existe un riesgo serio de ser sometido a la pena de muerte, a la tortura o a otras penas o tratamientos inhumanos o degradantes”.

Ficha 2.1

Tortura y tratamientos inhumanos y denigrantes

Art. 3 del CEDU: “Nadie puede ser sometido a tortura ni a penas inhumanas y degradantes”

El art. 3 consagra uno de los valores fundamentales de las sociedades democráticas y, junto con el artículo 2 del CEDU, goza de “una protección diferenciada y reforzada respecto de otras normas, en virtud del carácter absoluto e imperativo de los derechos que estas deberán garantizar”.

El art. 3 no contiene la declaración específica de las acciones y/o comportamientos que constituyen tratamientos inhumanos y denigrantes que se identifican con el trabajo de interpretación de la jurisprudencia de la Corte.

La diferencia entre tortura, trato inhumano y trato degradante se establece en cada caso, según la gravedad del sufrimiento infligido: la tortura es una forma particular de maltrato (inhumano y denigrante) que provoca padecimientos graves y crueles. En cualquier caso, se trata de una distinción no cristalizada del todo.

Art. 1 Convenio de la ONU contra la tortura y otras penas o tratamientos crueles, inhumanos y denigrantes del 10.12.1984.

El término “tortura” designa cualquier acción mediante la cual se inflige a una persona dolor o sufrimiento agudo, tanto físico como psicológico, concretamente con el propósito de obtener de esta o de una tercera persona, informaciones o confesiones; de castigarla por una acción que ella o una tercera persona cometió o se sospecha que haya cometido; de intimidar o presionar, a ella o a una tercera persona; o por cualquier otro motivo basado en cualquier forma de discriminación, cuando dicho dolor o sufrimiento sean infligidos por un funcionario público o por cualquier otra persona que actúe a título oficial, o bajo su influencia, o con su consentimiento expreso o tácito. El término no se extiende al dolor o al sufrimiento derivados únicamente de sanciones legítimas, inherentes a ellos o provocadas por ellos.

Elementos de la definición:

1. La conducta que tiene lugar en la imposición intencional de dolor y sufrimiento cruel, tanto física como mental.
2. Las finalidades por las cuales se aplica la tortura. La tortura moderna difiere de otras formas de violencia por el hecho de ser siempre intencional y porque es fruto del deseo del torturador o de quien lo autoriza. La práctica forma parte de un programa planificado con un objetivo preciso. Nunca es un acto casual o extemporáneo y se caracteriza por la gravedad e intensidad del sufrimiento.
3. Implicación del aparato estatal, así sea en la simple forma de la tolerancia.
4. Exclusión de las ‘lawful sanctions’, por lo cual no pueden ser considerados como tortura los dolores y los sufrimientos ocasionados por sanciones legítimas.

Las definiciones de tortura contenidas en las disposiciones jurídicas internacionales tienen la limitación de acoger solo algunos aspectos de los propósitos de la tortura en el mundo contemporáneo, cuya finalidad es “destruir las creencias y las

convicciones de la víctima, para privarla de la estructura identitaria que la define como persona” (Vinar, 1989).

El torturador siempre tiene como objetivo “atacar individuos particulares con el propósito de impedir que un grupo entero, por más determinado que esté, manifieste su particular modo de existir, de cultivar sus ideales, sus creencias y sus valores; así mismo, para tratar de privarlo de las funciones que le permiten su reproducción social y cultural”.

DIRECTIVAS EUROPEAS

Directivas de acogida

Directiva 2003/9/CE - Normas mínimas para acoger a los solicitantes de asilo.

Directiva 2013/33/UE - Normas para acoger a los solicitantes de protección internacional.

Directivas de calificación

Directiva 2004/83/CE - Normas mínimas para atribuir la condición de refugiado/protección subsidiaria.

Directiva 2011/95/UE - Revisión de la Directiva de calificación.

Directivas de procedimiento

Directiva 2005/85/CE - Normas mínimas sobre los procedimientos aplicados para obtener el reconocimiento y la revocación de la condición de refugiado.

Directiva 2013/32/UE - Procedimientos comunes para lograr el reconocimiento y la revocación de la condición de protección internacional (revisión Directiva de procedimiento).

Gestión de los movimientos migratorios: Sistema Europeo Común de Asilo (SECA)

El SECA establece normas mínimas para el tratamiento de los solicitantes de asilo y de las solicitudes de asilo en la Unión Europea.

Según la actual normativa, los solicitantes de asilo no reciben el mismo tratamiento en toda la UE y el porcentaje de decisiones positivas en materia de asilo varía notablemente.

Como resultado, los solicitantes de asilo viajan por toda Europa y presentan solicitudes de asilo en los países que consideran tienen mayores posibilidades de recibir protección internacional.

Directrices de la Comisión Europea frente a la emergencia humanitaria que en los últimos años ha incrementado los procesos migratorios hacia Europa

El Consejo Europeo estudia siete propuestas legislativas¹ presentadas por la Comisión Europea para mejorar la normativa en materia de asilo, para:

- » Hacer que el sistema sea más eficaz y más resistente a la presión migratoria.
- » Eliminar los factores de atracción y los movimientos secundarios.

Ficha 2.1

- » Luchar contra los abusos y suministrar un apoyo más eficaz a los Estados miembros más afectados.

Propuestas legislativas presentadas por la Comisión Europea

La Comisión Europea ha presentado siete propuestas legislativas dirigidas a:

1. Reformar el Sistema de Dublín a fin de repartir mejor las solicitudes de asilo entre los estados miembros y garantizar su tratamiento oportuno.
2. Reforzar el Reglamento Eurodac con el propósito de mejorar el banco de datos de huellas digitales para los solicitantes de asilo en la UE.
3. Establecer una agencia de la UE para el asilo completo.
4. Reemplazar la directiva sobre los procedimientos de asilo por un reglamento que armonice los procedimientos de la UE y que reduzca las diferencias entre los niveles de reconocimiento en los diferentes Estados.
5. Sustituir la directiva de calificación por un reglamento que armonice los niveles de protección y los derechos del solicitante de asilo.
6. Reformar las directivas sobre las condiciones de la acogida a fin de garantizar que los solicitantes de asilo se beneficien de unas normas de acogida dignas.
7. Crear un marco permanente en la UE para el reasentamiento.

El proyecto de normas se está estudiando en el Consejo.

Actualización del banco de datos de huellas digitales de la UE

El banco de datos Eurodac contiene las huellas digitales de todos los migrantes irregulares y de los solicitantes de asilo registrados en los Estados miembros de la UE y en los países asociados.

Esta base de datos, que contribuye con la implementación del Reglamento de Dublín, permite:

- » Verificar si un solicitante presentó anteriormente solicitud de asilo en otro Estado miembro.
- » Controlar si un solicitante fue arrestado al ingresar ilegalmente en territorio europeo.
- » Establecer los Estados miembros que son competentes para examinar una solicitud de asilo.

Actualmente está en proyecto la reforma del Reglamento Eurodac para mejorar el sistema mediante la recopilación de otros datos (por ejemplo, imágenes del rostro), ampliando su ámbito de aplicación (incluye datos referentes a los ciudadanos de terceros países que están ilegalmente en la UE y que no han solicitado asilo), lo cual facilita el acceso de las autoridades de policía.



Ficha 2.2

Violencia de género y protección internacional

20'



Convenio de Ginebra

El Convenio de Ginebra de 1951 no considera expresamente el “género” entre los motivos de persecución, pero sí constituye un principio reconocido que la definición de refugiado tenga que tener en consideración de los posibles aspectos relativos al género.

La interpretación del **art. 1 del Convenio de Ginebra** tiende a reconducir casos de persecución vinculados a una cuestión de género, bajo la motivación convencional de la pertenencia a un **determinado grupo social**.

Se considera que una agrupación de personas constituye un grupo social:

- » Cuando se comparte una característica común innata (sexo, casta o edad), una historia común inmodificable (haber formado parte de una asociación o de una carrera profesional) o una característica fundamental de su conciencia e identidad (orientación sexual o identidad de género).
- » Los miembros del grupo comparten una característica que los hace reconocibles y los caracteriza del resto de la sociedad, que identifica su diferencia.
- » “Se deduce, por consiguiente, que el género puede ser considerado como una categoría que identifica a un grupo social, constituyendo las mujeres un claro ejemplo de un subgrupo social definido por características innatas e inmutables, que generalmente se han tratado de manera diferente respecto a los hombres”. (Linee Guide UNHCR, p. 4).

Convenio de Estambul de 2011

El Convenio del Consejo Europeo sobre la prevención y lucha contra la violencia hacia las mujeres y la violencia de proximidad (conocida como Convenio de Estambul de 2011), mencionó por primera vez la persecución de género:

El art. 60 compromete a los Estados signatarios a garantizar que la violencia contra las mujeres basada en el género pueda reconocerse como una forma de persecución, con el propósito de reconocer el estado de refugiado, y que en los procedimientos de estudio de la solicitud de protección internacional se adopte una interpretación sensible al género, como igualmente sensibles y adecuados al género deben ser los sistemas de acogida y los servicios de apoyo para refugiados y solicitantes de asilo.

El art. 61 compromete a los Estados signatarios a adoptar todas las medidas legislativas necesarias para que sea respetado taxativamente el principio de no rechazo a las mujeres víctimas de violencia, que en caso de repatriación podrían estar expuestas al riesgo de tortura o tratamientos inhumanos y degradantes.

Ficha 2.2

En otras palabras:

- » Las persecuciones vinculadas al género derivan de desequilibrios de poder y de posición entre las personas de género diferente, en relaciones de subordinación que hacen que la violencia sea perpetrada y/o tolerada, incluso dentro de la familia.
- » La violencia doméstica y la violencia sexual, así como otras formas de persecución relacionadas con el género, se redireccionan a la protección internacional, aun si no son activadas por agentes estatales, cuando el Estado de origen no pueda o no quiera suministrar adecuada protección.
- » Internacionalmente se reconoce que el estupro y otras formas de violencia sexual graves, cuando se cometen en un contexto de conflicto armado, son parte de los crímenes de guerra y constituyen una grave violación de los derechos humanos.
- » Todas las formas de mutilación genital femenina (FGM/MGF) constituyen una forma de tortura y trato inhumano y degradante, y violan una serie de derechos humanos de las jóvenes y de las mujeres, como la no discriminación, la protección contra la violencia física y mental, la implementación de mejores estándares sanitarios e incluso el derecho a la vida.

Art. 3 Convenio de Estambul. Definición.

Para efectos del presente Convenio:

- a. La expresión “violencia contra la mujer” significa designar una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra el género, que incluye todos los actos de violencia que causen o puedan causar daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas amenazas de llevar a cabo estos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.
- b. El término “violencia doméstica” abarca todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se presentan en una familia o dentro del núcleo familiar, o entre actuales o anteriores cónyuges o parejas, independientemente de si el autor de estos actos comparte o haya compartido la misma residencia con la víctima.
- c. Con el término “género” se hace referencia a categorías, comportamientos, actividades y atributos construidos socialmente, que una determinada sociedad considera apropiados para mujeres y hombres.
- d. La expresión “violencia contra las mujeres basada en el género” determina cualquier tipo de violencia directa contra una mujer o que afecta a las mujeres de manera desproporcionada.
- e. Por “víctima” se entiende cualquier persona que sufre los actos o comportamientos a los que se refieren los literales a) y b).
- f. El término “mujeres” se extiende también a las jóvenes menores de 18 años.



Ficha 2.3

Trata de personas y protección internacional

25' + pausa 15'
pausa al final de la ficha



Convenios internacionales y europeos. Directivas europeas

- » Protocolo adicional al Convenio de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada internacional, para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente de mujeres y niños. Año 2000 (Protocolo de Palermo).
- » Convenio del Consejo Europeo N° 197 sobre la trata de seres humanos, aprobado en Varsovia el 16-05-2005.
- » Directiva 2004/81/CE sobre el título de residencia que se expedirá a los ciudadanos de países terceros víctimas de trata de personas o involucrados en acciones que favorecen la inmigración ilegal, que cooperen con las autoridades competentes.
- » Directiva 2011/36/UE concerniente a la prevención y represión de la trata de personas y protección de las víctimas.

Definición y nociones

Tráfico ilícito de migrantes / Trata de personas

El *tráfico de migrantes* consiste en la facilitación organizada de la inmigración irregular, mientras que la *trata* de personas tiene como fin la explotación posterior de las personas objeto de tráfico.

(Protocolo de Palermo)

Trata de personas

La Directiva 2011/36/UE define la trata de personas como “**el reclutamiento, transporte, desplazamiento, alojamiento o acogida de personas**, incluido el traspaso o la transferencia de la autoridad sobre estas personas, mediante amenazas del uso de la fuerza o con el uso de ella o de **otras formas de coerción**, como el secuestro, el engaño, la estafa, el abuso de poder o por la posición de vulnerabilidad, así como por el ofrecimiento o la aceptación de sumas de dinero, de ventajas para obtener el consentimiento de una persona sobre otra, con finalidades de explotación”. (art. 2).

- » Se entiende por posición de vulnerabilidad una situación en la cual la persona en cuestión no tiene otra posibilidad efectiva y aceptable que ceder al abuso del cual es víctima (art. 2, co. 2).
- » La explotación comprende: prostitución ajena u otras formas de explotación sexual; trabajo o servicios forzados, mendicidad, esclavitud o prácticas similares a ella; servidumbre; explotación de actividades ilícitas o la extracción de órganos (matrimonios forzados, adopciones internacionales ilegales).
- » La trata de personas constituye una de las formas más evidentes y dramáticas

Ficha 2.3

de violación de derechos humanos.

- » El consentimiento de la víctima a la explotación es irrelevante en los casos en los cuales se utilizan medios coercitivos indicados y el reclutamiento, transporte y desplazamiento.
- » Cualquier conducta referente a la trata de personas, en caso de que se involucre a un menor de edad, se sanciona como trata de personas, incluso en ausencia del uso de un medio coercitivo.
- » A las víctimas de trata de personas debe garantizárseles medidas específicas de asistencia y apoyo, independientemente de su disposición a colaborar con la autoridad judicial, incluso durante el “periodo de reflexión”.

¿Puede la víctima de trata de personas obtener el reconocimiento de protección internacional?

Normativa en materia de trata de personas y llamados a la protección internacional:

Artículo 14 Protocolo de Palermo del año 2000: “Nada de lo dispuesto en el presente protocolo afectará los derechos, las obligaciones y las responsabilidades de los Estados y los individuos, de conformidad con el derecho internacional, incluidos el derecho internacional humanitario y la normativa internacional de derechos humanos, en particular en los casos en que sea aplicable *el Convenio de 1951 y el Protocolo de 1967, referentes a la condición de refugiados y al principio de no repatriación (non-refoulement)*”.

Artículo 40.4 Convenio del Consejo Europeo sobre la lucha contra la trata de personas (abierto a la firma el 16-05-2005 y entrada en vigor el 01-02-2008): “Nada de lo dispuesto en el presente protocolo afectará los derechos, las obligaciones y las responsabilidades de los Estados y los individuos, de conformidad con el derecho internacional, incluidos el derecho internacional humanitario y la normativa internacional de derechos humanos, en particular en los casos en que sea aplicable *el Convenio de 1951 y el Protocolo de 1967 referentes a la condición de refugiados y al principio de no repatriación (non-refoulement) allí establecido*”.

El par. 377 del Informe explicativo que acompaña al Convenio del Consejo Europeo, en relación con el art. 40, establece que: “El hecho de ser víctima de trata de personas no puede impedir el derecho de solicitar y obtener asilo. Las partes deberán garantizar que las víctimas de trata de personas tengan acceso adecuado a equitativos y eficientes procedimientos de asilo. Las partes deberán, igualmente, adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el pleno respeto del principio de non-refoulement (no repatriación)”.

Normativas en materia de protección internacional y llamados a la trata de personas:

Directiva 2011/95/UE (visión Directiva de calificación)

“En la ejecución de la presente directiva, los Estados miembros tienen en cuenta la particular situación de personas vulnerables, como [...] las víctimas de la trata de personas”.

Directiva 2013/33/UE (revisión Directiva de acogida)

“En las disposiciones nacionales de aplicación de la presente directiva, los Estados miembros tienen en cuenta la particular situación de personas vulnerables, como [...] las víctimas de la trata de personas”.

Aplicación de elementos constitutivos de la definición de refugiado a la víctima de trata de personas

“Inherente a la experiencia de trata de personas, son formas graves de explotación: secuestro, detención, estupro, esclavitud sexual, prostitución forzada, trabajo forzado, extracción de órganos, golpes, reducción al hambre, negación de servicios médicos. Estos actos representan graves violaciones de los derechos humanos que por lo general constituyen persecución”.

Además de la persecución sufrida durante su experiencia de trata de personas, también podrían ser objeto de represalias y/o de posibles nuevas experiencias de trata de personas si fuesen devueltas al territorio de donde escaparon o donde fueron víctimas de trata de personas” (ACNUR, Líneas guía Trata-asilo).

Ejemplos de reconocimiento de la condición de refugiado en Europa, a víctimas de violencia y de trata de personas.

Comité de Apelaciones de Grecia: “En conclusión, respecto a la persecución, el Comité ha considerado la subordinación al trabajo forzado, la totalidad de los efectos que las diversas formas de discriminación podrían hacer intolerable la vida de la solicitante en el país de origen, además de haberse considerado también el género de la solicitante. Los elementos mencionados permiten considerar a la solicitante como miembro de un grupo social, “el de las mujeres solas en Etiopía”.

Corte Nacional para el Derecho de Asilo Francés: “Las víctimas de trata de personas pueden ser consideradas como miembros de un grupo social por causa de la característica común e inmutable de haber sido víctimas de trata de personas. [...] Teniendo en cuenta que la trata de personas [...] constituye una persecución de conformidad con el artículo 1 A 2 del Convenio de Ginebra” [Trad. lit.].

Disposición del Tribunal de Messina: “El perfil de las mujeres objeto de tráfico de personas es heterogéneo y cambia con el tiempo. Si bien es cierto que es imposible trazar un perfil específico, las fuentes consultadas identifican algunos rasgos en común [...] a causa del acceso limitado a la educación, al trabajo o a la protección contra la violencia, no estaban en capacidad de mantenerse y eran vulnerables a los ofrecimientos de ayuda hechos por los traficantes. En general, las mujeres objeto de tráfico de personas provienen de familias numerosas, se encuentran en precaria situación económica [...] la RA1, ya como mujer, pertenece sin duda a un grupo social más vulnerable respecto a los mencionados actos persecutorios, pero esa vulnerabilidad resulta posteriormente ampliada por el cuadro normativo e institucional nigeriano, que no obstante prevé formas de tutela a favor de la víctima de trata de personas. Se considera que estas medidas, teniendo en cuenta la incidencia y la propagación del fenómeno en el país, no pueden ser garantizadas con certeza y eficacia para evitar el riesgo representado”. fenomeno nel Paese, non possono essere assicurate con certezza ed efficacia tali da scongiurare il rischio rappresentato”.

Ficha 2.4

La normativa nacional



En esta sección se tratan contextos y situaciones referentes al país miembro donde se lleva a cabo la educación, con especial atención a los siguientes argumentos:

- » Acogida y aplicación:
 - de convenios internacionales/europeos, directivas y normativas europeas en materia de derechos humanos fundamentales;
 - de las normativas y directivas europeas en materia de asilo, protección internacional de las víctimas de violencia de género, víctimas de trata de personas, entre las cuales también están los menores extranjeros (comprendidos los menores extranjeros no acompañados).
- » Procedimientos para la adquisición de la condición de refugiado, protección subsidiaria y otras formas de permisos de residencia.
- » Sistema de acogida y protección de los refugiados y solicitantes de asilo, protección de las víctimas de violencia de género, de trata de personas y de los menores extranjeros (comprendidos los menores extranjeros no acompañados).
- » Mecanismos para garantizar asistencia a las víctimas de violencia de género y de trata de personas, introducidas en las normativas penales –conciernen el contraste al crimen y la protección de las víctimas en el contexto de las investigaciones– y en las normas en materia de inmigración.



Ficha 2.5

Información/asistencia a los refugiados, solicitantes de asilo y víctimas

40' 

En esta sección se hará referencia a los contextos y a las situaciones que se refieren al país miembro donde se lleva a cabo la educación, suministrando indicaciones sobre:

- » Cuáles son las instituciones y los entes públicos interesados en el sistema de acogida de migrantes, de protección de refugiados y de solicitantes de asilo; así mismo, de protección y asistencia a las víctimas de tortura, violencia de género (en sus diferentes tipologías), especificando cuáles son las funciones y las obligaciones respecto a los sujetos solicitantes de asilo y/o protección.
- » Cuáles son los entes locales y las asociaciones privadas/sociales interesadas en el sistema de acogida de los migrantes, de protección de los refugiados y solicitantes de asilo; así mismo, de protección y asistencia a las víctimas de tortura, violencia de género (en las diferentes tipologías), especificando cuáles son las funciones y las obligaciones respecto a los sujetos solicitantes de asilo y/o protección.
- » Cuáles son los servicios y los sujetos respecto de los cuales el operador en contacto con la potencial víctima puede dar orientación a esta última, especificando las diferentes tipologías de prestación y asistencia suministrada.

Conclusiones y consideraciones compartidas

10' 

Pausa

15' 

1,45h

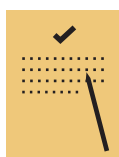


Workshop

Estudio de caso: caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final

Entrega

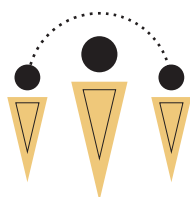
15'



El docente y el colaborador leen e ilustran en clase el caso elegido, que por lo general es real, e invitan a los participantes a dividirse en grupos de 4 a 6 personas. Reparten una copia escrita del caso ilustrado (al menos una copia por grupo).

Trabajo de grupo

40'

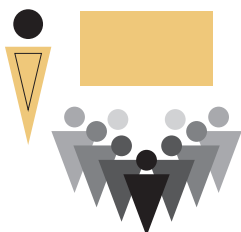


El maestro y el colaborador solicitan a los grupos reflexionar y discutir el caso de acuerdo con tres parámetros: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, su procedencia y su situación de contingencia; 2. Debilidades y aspectos negativos de la persona, su procedencia y su situación de contingencia; 3. Manejo de los casos por parte de los centros de servicio, de acogida, servicios sanitarios, sociales y demás; de igual manera, las deficiencias, las buenas prácticas, la forma en que hubieran podido o debido actuar para obtener mejores resultados en la intervención.

El grupo dispone de 30 a 40 minutos para trabajar.

Exposición

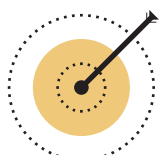
40'



Al finalizar el trabajo, el portavoz de cada grupo expone, en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada de capacitación, ya que cada grupo y cada participante tienen la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

Conclusión

10'



El workshop concluye con una breve intervención del docente y el colaborador para resumir los análisis hechos por los grupos, evidenciar los aspectos más relevantes y, eventualmente, agregar información solicitada por los participantes y/o aspectos que no se presentaron, pero que se consideran importantes.



El Caso

En junio de 2012, una ciudadana extranjera informó a la Policía que había sido maltratada físicamente, junto con su hija, por parte de su esposo (padre de sus 2 hijos). Aunque la Policía intervino, no se presentó denuncia formal. En agosto, la mujer denunció que su marido la obligó a tener relaciones sexuales con él y con sus amigos, amenazándola con un cuchillo. Al esposo se le impuso una sanción pecuniaria por porte ilegal armas. El 5 de septiembre, la esposa formuló denuncia penal por lesiones, maltrato y amenazas, y solicitó protección de las autoridades públicas para ella y sus hijos. Fue interrogada por primera vez el 4 de abril de 2013. Ese día, reconsideró la declaración que había hecho con anterioridad. El caso se archivó. En octubre de 2013 se evidenció un nuevo episodio de lesiones y se le aplicó una sanción al hombre equivalente a €2.000,00. En noviembre, la mujer llamó nuevamente a la Policía por una violenta pelea con su marido. Poco tiempo después el hombre regresó donde ella y le causó lesiones con un cuchillo de cocina. Durante la riña intervino el hijo de 19 años, quien recibió un golpe mortal de su padre. Al intentar huir, la mujer reportó numerosas cuchilladas en el pecho. En 2015, el hombre fue condenado a cadena perpetua por homicidio e intento de homicidio, porte ilegal de armas y maltrato hacia su esposa e hija. La demandante se dirigió a la Corte Europea de los Derechos Humanos y apeló a los artículos 2, 3, 4, 13 y 14 del Convenio Europeo de los Derechos Humanos. Posteriormente, la Corte acogió y reconoció la violación de los artículos invocados, y le otorgó a la demandante una indemnización de €30.000,00 (art. 41 del Convenio Europeo de los Derechos Humanos).

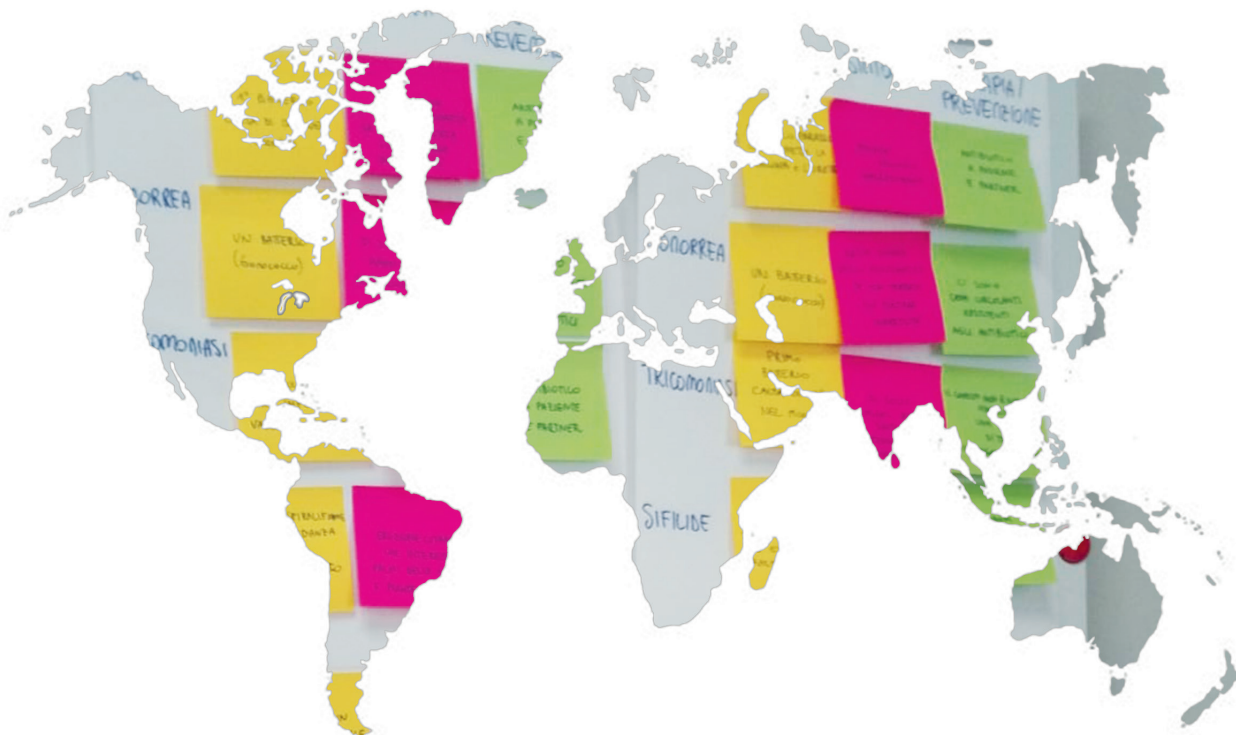




Cuidado de la persona y cuidado de la salud

Por **Valeria ALLIATA** di VILLAFRANCA y Chiara DALLAVALLE

3





15'

Una dificultad de salud de un individuo representa un problema de salud pública. La salud constituye un derecho fundamental que debe ser reconocido por igual a todas las personas. El objetivo de este módulo es sensibilizar sobre los problemas específicos relacionados con el estado de salud de los inmigrantes durante su trayecto migratorio y su llegada al país de destino, con especial atención a la salud de las categorías más vulnerables. El módulo se propone determinar los elementos para enfrentar los diferentes aspectos de la salud, entre ellos los que tienen que ver con la salud sexual y mental. Finalmente, se plantea señalar las competencias profesionales y culturales de los operadores de los servicios encargados de personas vulnerables y de víctimas de violencia de proximidad.

Ficha 3.1

El derecho a la salud en las fuentes normativas internacionales



La salud se reconoce como un bien primario del individuo, un **derecho fundamental reconocido por la comunidad internacional**.

Art. 25. Declaración Universal de los Derechos del Hombre adoptada por las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948: Todo individuo tiene derecho a un adecuado nivel de vida que garantice su salud y bienestar, y el de su familia, en especial la alimentación, el vestuario, la vivienda y la asistencia médica.

Art. 12. Pacto internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales (Nueva York, 1966):

Los Estados miembro del Pacto reconocen el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

Ficha 3.2

El derecho a la salud en las fuentes normativas nacionales y locales



En esta sección se tratarán aspectos relacionados con los contextos y las situaciones del país miembro donde se lleva a cabo la capacitación, con especial atención a los siguientes temas:

Recepción y aplicación de los convenios internacionales (europeos), directivas y normativas europeas en materia de derechos fundamentales a la salud, al acceso a los servicios sociosanitarios, especialmente para los inmigrantes extranjeros, refugiados y/o solicitantes de asilo, víctimas de trata de personas y de violencia de proximidad.

Medidas y estrategias nacionales y locales para garantizar asistencia y cuidados adecuados a las víctimas de tortura, violencia de género y de proximidad y de trata de personas.



Ficha 3.3

Definiciones y conceptos de medicina, cuidado, salud/enfermedad, necesidades fundamentales y otras evidencias

30'



Cuidado: prescripción, medicina, solution-oriented. El profesional diagnostica el problema y el paciente recibe un tratamiento.

Asistencia: se hace énfasis en el intelecto y en las emociones. Se da importancia al encuentro, a la persona, independientemente de la solución.

Medicina humanitaria: entendida como la medicina en su dimensión humana y no solo bajo los aspectos técnicos. Hay situaciones en las que “tomarse algo en serio” se convierte en el factor terapéutico preponderante, por no decir único. Los operadores sociosanitarios necesitan habilidades específicas al respecto (comunicación, resiliencia y, sobre todo, humanidad).

Salud (OMS): se considera como el estado de completo bienestar psíquico, físico y social del ser humano, dinámicamente integrado en su ambiente natural y social, y no la sola ausencia de enfermedad (por consiguiente: dimensión física + psíquica + emotiva + relacional + espiritual + social).

Salud sexual (OMS): estado de bienestar físico, emocional y social [...] que ofrece la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, sin restricciones, discriminación o violencia.

Enfermedad: alteración de la normalidad, una pérdida transitoria o permanente de la homeostasis cuando los mecanismos de defensa de nuestro organismo no están en capacidad de controlar los daños causados por los agentes patógenos. Puede, igualmente, ser causado por un acontecimiento del pasado o social.

Las tres dimensiones de la enfermedad (Kleinman): para la antropología médica, “estar mal” se puede subdividir en tres áreas: disease, illness, sickness.

- » *Disease* es la parte “médica”, la parte codificada, el diagnóstico; la parte visible mediante el método científico.
- » *Illness* es la parte subjetiva, el sufrimiento de la persona vinculada al hecho de tener una “disease”.
- » *Sickness* es la representación social/simbólica de la enfermedad, el sentido que se le atribuye, el proceso de “socialización” de la enfermedad (la percepción de la sociedad).

Salud mental: capacidad de manejar los pensamientos, las emociones, las conductas y las relaciones con los demás, incluso en correlación con factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales.

Esta capacidad entra en crisis por la exposición a las adversidades, exposición que se convierte en un factor de riesgo en el desencadenamiento de trastornos mentales. Algunos individuos o grupos corren mayor riesgo de sufrir de trastornos mentales. Se trata de sujetos más vulnerables como aquellos que se encuentran

Ficha 3.3

en condición de pobreza, o los que están afectados por enfermedades crónicas, los niños abandonados o maltratados, las personas que hacen uso de sustancias, los ancianos, las víctimas de discriminación y violación de los derechos humanos, los detenidos, las víctimas de conflictos, catástrofes naturales u otras emergencias humanitarias. Entre los inmigrantes existe un alto porcentaje de trastornos mentales (depresión, ansiedad, trastornos vinculados al trauma, etc.) y una mayor dificultad tanto en el acceso a los servicios específicos, como en la posibilidad de que los mismos servicios se tomen la responsabilidad real de encargarse de ellos.

Las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson (1960)

Necesidad	Descripción de la necesidad
Respirar	Capacidad de una persona de mantener un nivel suficiente de aire y una buena oxigenación.
Beber y comer	Capacidad de una persona de beber o comer, masticar y deglutir. También de sentir hambre y absorber suficientes nutrientes para capitalizar la energía que necesita para su actividad física.
Eliminar	Capacidad de una persona de tener la autonomía para eliminar heces y orina y garantizar su aseo personal. Igualmente, de eliminar los desechos orgánicos.
Moverse y mantener una buena postura	Capacidad de una persona de moverse sola o mediante aparatos mecánicos, organizar su propia casa adecuadamente y sentirse bien. Así mismo, de conocer los límites de su propio cuerpo.
Dormir, descansar	Capacidad de una persona de dormir y descansar. También de manejar su fatiga y su potencial energético.
Vestirse y desvestirse	Suficiencia de una persona para vestirse y desvestirse, adquirir prendas de vestir; también de construir su propia identidad física y mental.
Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales (37,2 °C)	Capacidad de una persona de rodearse de los instrumentos necesarios para adaptarse a los cambios ambientales y reconocer los límites.



Necesidad	Descripción de la necesidad
Mantener la higiene personal y proteger la piel	Capacidad de la persona de bañarse, mantener su higiene personal, cuidar su aspecto físico y usar productos que le protejan la piel; sentirse bien y sentirse bella. Igualmente, tener una percepción de sí mismo a través de la mirada de los demás.
Evitar peligros	Capacidad de una persona de mantener y cuidar su integridad física y mental, teniendo conciencia de los peligros que la rodean.
Comunicarse con los demás	Capacidad de una persona de ser comprendida y de comprender, gracias a la actitud, a la palabra o a un código. Igualmente, la facultad para formar parte de un grupo social, de vivir a plenitud sus relaciones emotivas y su sexualidad.
Actuar según sus creencias y sus valores.	Capacidad de una persona de conocer y promover sus principios, creencias y valores. Así mismo, aplicarlos en el sentido que desea dar a su vida.
Mantenerse ocupados para alcanzar sus metas	Capacidad de una persona de desarrollar actividades lúdicas, creativas o de recreación, aplicándolas en su realización personal y manteniendo su autoestima. Así mismo, para desempeñar una función social.
Divertirse	Capacidad de una persona de relajarse y de cultivarse, así como de invertir en una actividad que le permita olvidarse de los problemas personales, aportándole satisfacción personal.
Aprender	Capacidad de una persona de aprender de los demás o de una situación y de tener la aptitud de evolucionar adaptándose a los cambios, siendo resiliente y teniendo facultad de transmitir conocimientos.

Ficha 3.4

El papel de la cultura y su influencia en la salud de los migrantes vulnerables



La competencia cultural en el sistema sanitario es la capacidad que tienen los profesionales de la salud para entender e integrar los factores culturales en su trabajo, cuyo propósito es ofrecer una buena calidad de tratamientos a todos los pacientes, independientemente de su origen étnico y cultural. Tener competencia cultural no significa conocer todas las culturas, sino saber la importancia del factor cultural en la formación de la experiencia y establecer de qué manera la cultura influye en la psique. La escasa competencia cultural genera pacientes insatisfechos, entre otros problemas.

La cultura es el conjunto de ideas, tradiciones y comportamientos que comparten quienes forman parte de un grupo específico. Estas personas se identifican como miembros del grupo y se diferencian de los miembros de otros grupos culturales. Dentro de cada grupo cultural existen diferentes subgrupos.

En constante evolución, la cultura se adquiere y se transmite de generación en generación, y se comparte (explícitamente o no) mediante manifestaciones simbólicas (idioma, vestuario, actitudes, comportamientos, etc.). Es transversal a todos los aspectos de la vida del individuo porque “siempre estamos adentro”.

Influencia de la cultura en la salud: percepción de salud, enfermedad y muerte; creencias sobre la causa de las enfermedades y la experiencia misma enfermedad/dolor; así mismo, su manifestación: dónde y cómo curarnos, qué tratamientos se prefieren, etc.

Cada protagonista del sistema está influenciado por su propia cultura.

“Competencia cultural”, entendida esta como la capacidad de manejar diferentes culturas para indagar cuáles son las creencias del paciente acerca de la curación, el diagnóstico y el tratamiento.

Al tener conciencia de la influencia de la cultura se obtienen mejores resultados.

ATENCIÓN!

Atención al etnocentrismo (autocuestionamiento). Recordemos que nosotros también tenemos una cultura, incluso profesional.



Ficha 3.5

La salud de los migrantes

30' + pausa 15'

pausa al final de la ficha



Al momento de su llegada a Europa, los inmigrantes presentan mejores condiciones de salud en relación con la población residente (Razum, 2000, Healthy Migrant Effect). Esta condición tiende a desaparecer con el tiempo debido a las condiciones y los estilos de vida (Acevedo-García, 2010).

La pérdida progresiva de empleo, unida a la crisis económica, ha causado un impacto negativo en la salud de los inmigrantes, especialmente en lo que respecta a la salud mental (incremento de suicidios), así como del peso corporal (sobrepeso en las mujeres) y a la calidad de la salud percibida, que tiende a acercarse a la de los europeos. Después de diez años de residencia en un país europeo, los inmigrantes manifiestan tener peores condiciones de salud.

El enfoque del operador sociosanitario debe tener en cuenta que:

- » El inmigrante no es un portador de enfermedades infecciosas.
- » No es posible conocer su estado serológico y de vacunación antes de su llegada a Europa.
- » Algunas enfermedades infecciosas, como la TBC, se manifiestan solo después de un largo periodo de su llegada.
- » La procedencia del inmigrante y los riesgos a los cuales tuvo que someterse durante el trayecto migratorio hacen necesario un screening sistemático de las enfermedades de transmisión sexual.
- » La vigilancia sindrómica debe ser prolongada en el tiempo para identificar patologías no presentes o latentes al momento de su llegada, que aparecen después de un periodo variable desde la acogida.
- » Las competencias respecto de la práctica de la vigilancia sindrómica deberían ser más claras y reguladas, según el papel de los entes responsables.

Factores que condicionan la salud de los inmigrantes

- » Factores premigratorios (guerras, carestía, violencia de género, abuso sexual con fines matrimoniales, mutilación genital femenina).
- » Factores migratorios (viaje, violencia durante el viaje).
- » Factores vinculados al embarazo (con frecuencia como resultado de violencia sexual).
- » Factores posmigratorios (desempleo, aislamiento, barrera lingüística, aspectos culturales vinculados a la salud mental).

Ficha 3.5

Efectos

Antes de la partida del país de origen

MIGRANTE ECONÓMICO (por lo general joven y en buena salud)=MIGRANTE SANO

MIGRANTE FORZADO (efectos de los conflictos y de la pobreza extrema en la salud)=MIGRANTE EXHAUSTO

Efectos de los conflictos en la salud	Causas potenciales	Ejemplos
<i>Aumento de la mortalidad</i>	Traumas, heridas, accidentes Enfermedades infecciosas Enfermedades crónicas Emergencias	Combates, violencias, asaltos Malaria, tétanos, disentería Asma, diabetes Parto
<i>Aumento de la morbilidad</i>	Traumas, heridas, accidentes Enfermedades infecciosas Enfermedades crónicas Desórdenes reproductivos Desnutrición Trastornos mentales	Ataques, mutilaciones, quemaduras Microorganismos patógenos transmitidos por el agua, transmitida sexualmente (ST) Interrupción de tratamientos Muertes perinatales, bajos de peso, fístulas Aguda/crónica, déficit nutricional Ansiedad, depresión, manías suicidas
<i>Aumento de la discapacidad</i>	Discapacidad física Trastornos mentales Reducida participación social	Por mutilaciones/ausencia de vacunas Trastornos postraumáticos, psicosis, epilepsia, trastornos emotivos Aislamiento, pérdida de redes sociales

A la llegada al país de destino

Los efectos de las etapas anteriores salen a la luz y se agota el efecto migrante sano

Factores de riesgo adicionales	efectos
<i>Socioeconómicos:</i> desempleo, profesiones riesgosas o no protegidas, degradación de la vivienda, ausencia de lazos familiares, malestar psicológico, clima, cambios nutricionales y/o de comportamiento, etc.	<i>Consecuencias sobre el individuo:</i> » Peores condiciones de salud. » Aumento de las complicaciones.
<i>Acceso limitado a los servicios sociosanitarios:</i> barreras desde el punto de vista de la demanda y de la oferta.	<i>Impacto social</i> » Aumento del riesgo de infecciones y difusión de las enfermedades de transmisión. » Aumento de los gastos sanitarios. » Diminución del capital humano y social.



Ficha 3.6

Migrantes y enfermedades



Enfermedades contagiosas

Estas patologías pueden surgir incluso después de la llegada a Europa y se deben a diferentes condiciones de inmunización y susceptibilidad, así como a las precarias condiciones de vida.

Las principales enfermedades infecciosas del inmigrante son:

- » Varicela.
- » Parasitosis (sarna, pediculosis).
- » Sarampión.
- » Gastroenteritis.

Enfermedades de transmisión sexual:

- » VIH/SIDA.
- » Hepatitis B, C y D.
- » Sífilis.

El verdadero problema se presenta por las enfermedades infecciosas que no son frecuentes en Occidente y que generalmente no estamos en capacidad de diagnosticar a tiempo, como:

- » Malaria, lepra.
- » Parasitosis cutánea e intestinal (filariasis, esquistosomiasis).
- » Tracoma.
- » Enfermedades de virus hemorrágicos (chicunguña, virus West Nile, dengue).

Tuberculosis

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la tuberculosis es la enfermedad infecciosa más difundida en el mundo. Cada año, ocho millones de personas se enferman de tuberculosis y dos millones mueren por causa de la enfermedad. Las personas con VIH/SIDA corren un riesgo 20-30 veces mayor de enfermarse de TBC, si contraen la infección. No todas las personas infectadas desarrollan la enfermedad; de hecho, el sistema inmunitario combate la infección y la bacteria puede permanecer inactiva durante años. Esta condición se llama infección de tuberculosis latente y afecta aproximadamente a un cuarto de la población mundial.

La tuberculosis es una enfermedad fuertemente relacionada con las condiciones de vida de las personas, como es el caso de los inmigrantes vulnerables. De hecho, la disminución de las defensas inmunitarias depende de las malas condiciones de higiene, de estados de desnutrición y de precarias condiciones generales de salud. Hoy, la tuberculosis representa una emergencia médica y sanitaria que no se debe

Ficha 3.6

subestimar: la prevención es muy importante y, por fortuna, esta enfermedad puede ser curada, pero es fundamental que el diagnóstico se haga a tiempo para evitar que surjan nuevos problemas.

Inmigrantes y otras enfermedades

Los inmigrantes con frecuencia se ven afectados por:

- » Desórdenes mentales.
- » Enfermedades cardiovasculares.
- » Hipertensión.
- » Insuficiencia renal.
- » Diabetes.

Salud reproductiva y perinatal

En este contexto de vulnerabilidad múltiple, las etapas del embarazo y perinatalidad son particularmente peligrosas para las mujeres y los niños. Muchos de los embarazos monitoreados en los centros de acogida en Europa son el resultado de estupro sufridos antes de la partida o durante el trayecto migratorio.



Ficha 3.7

Apoyo psicológico a las víctimas de violencia



Aspectos psicológicos de las víctimas de violencia y/o de las personas traumatizadas

Las víctimas de violencia a menudo atraviesan varias “etapas” luego de un evento traumático, que típicamente son:

- » Shock/negación.
- » Miedo.
- » Apatía, rabia, depresión, culpa, pérdida del placer, angustia.
- » Solución/represión.

Además, pueden surgir dificultades relacionales que afectan la creación de vínculos de confianza con los demás, o bien la distorsión de la imagen de sí mismo y del mundo, además de otros trastornos cognitivos.

Víctimas de violencia de proximidad

En el caso de las víctimas de violencia de proximidad, los efectos son similares a los generados por otras formas de violencia, con el agravante de vincularse con el autor del hecho. Las víctimas de violencia extrema (ligadas a eventos experimentados en el país de origen, durante el viaje y una vez llegados a Italia), frecuentemente han estado en contacto con la muerte. Pueden tener señales físicas e infinitas cicatrices invisibles. Por lo general su sintomatología es específica, como la presencia de flashback, pesadillas, alucinaciones, alteraciones emotivas, aislamiento social, conductas explosivas y disociaciones. Puede, además, comprometerse la capacidad cognitiva, la regulación emotiva y las capacidades interpersonales.

Determinantes sociales de la salud mental

1. La salud mental y muchos trastornos psíquicos son determinados en gran medida por las condiciones sociales, económicas y físicas en las cuales vive la persona.
2. Las desigualdades sociales están asociadas a un mayor riesgo de diversos trastornos mentales.
3. Tomar medidas para mejorar las condiciones de vida desde antes del nacimiento, durante la primera infancia, en la edad escolar, durante la creación del núcleo familiar, en el transcurso de la edad laboral y en la vejez permite mejorar las condiciones de salud mental en la población, así como reducir el riesgo de trastornos mentales derivados de las desigualdades sociales.

Ficha 3.7

Apoyo a las víctimas de violencia

Los solicitantes de asilo y refugiados, las mujeres, los menores de edad y las víctimas de trata de personas por lo general tienen necesidades específicas de salud que hacen necesario establecer competencias ad hoc para acogerlos, a fin de garantizarles una adecuada salud y asumir responsabilidades de manera integral. El trauma ocasiona no solo el trastorno de estrés postraumático, sino también otros detrimentos invisibles que generalmente conducen al abuso del alcohol, la marihuana y episodios somáticos. Estos factores repercuten gravemente en la salud mental de las personas. Por ejemplo, se ha evidenciado que la tasa de incidencia de psicosis es más alta en la población inmigrante que en la población nativa, con mayor difusión entre las mujeres. Para asumir adecuadamente la responsabilidad de atender a las víctimas de la violencia el punto de vista la salud, en especial si se trata de inmigrantes, se necesitan habilidades que permitan centrar el trabajo específicamente en la persona y no en la cultura o en la enfermedad. Para ello es necesario:

- » Reactivar las capacidades cognitivas y las estructuras “sanas” de la persona.
- » Reemplazar frases y palabras negativas por frases y palabras positivas.
- » Promover iniciativas de empowerment.
- » Apoyar a las personas en su enfrentamiento con la realidad que los rodea.
- » Acoger con empatía y reafirmar las emociones reprimidas.
- » Programar un proyecto migratorio.
- » Apoyar la radicación en el nuevo contexto.

Respecto a las víctimas de trata de personas, es fundamental identificar a tiempo las condiciones de riesgo físico y mental en las mujeres extranjeras que acaban de llegar y que están potencialmente expuestas a la trata de personas.

La mediación lingüístico-cultural es una herramienta básica de apoyo a las víctimas de violencia, así como la mediación del sistema, entendida como un proceso de transformación organizativo donde la relación y la correcta comunicación con el usuario están siempre garantizadas.

Formación de los operadores

Es necesario que los operadores sociosanitarios desarrollen habilidades específicas como:

- » Destrezas médico-antropológicas.
- » Habilidades relacionales (pertenecen a la formación profesional de los operadores en algunos sectores de la salud, pero que aún no forman parte de una cultura profesional generalizada a todos los profesionales de la salud).
- » Destreza en el trabajo multidisciplinario y en red.
- » Competencias psicotraumatología.
- » Habilidades en procesos psicosociales.



Ficha 3.8

Los protagonistas involucrados

20' 

La identificación de los protagonistas comprometidos es fundamental para el trabajo con víctimas de violencia. En cada país es necesario identificar la red de sujetos que desempeñan un papel en el reconocimiento, la asunción de responsabilidad y el acompañamiento de aquellas personas frágiles víctimas de violencia, desde el nivel institucional hasta las realidades del tercer sector y del sector privado. La construcción de la red de referencia debe incluir tanto el plan nacional como el supranacional, pero también la identificación de todos los interlocutores activos a nivel local.

Conclusiones y consideraciones compartida

10' 

Pausa

15' 

1,45h

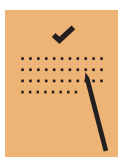


Workshop

Estudio de caso: caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final

Entrega

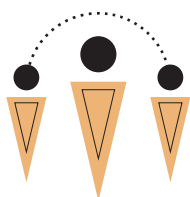
15'



El docente y el colaborador leen e ilustran en clase el caso elegido, que por lo general es real, e invitan a los participantes a dividirse en grupos de 4 a 6 personas. Reparten una copia escrita del caso ilustrado (al menos una copia por grupo).

Trabajo de grupo

40'

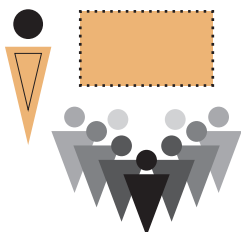


El maestro y el colaborador solicitan a los grupos reflexionar y discutir el caso de acuerdo con tres parámetros: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, su procedencia y su situación de contingencia; 2. Debilidades y aspectos negativos de la persona, su procedencia y su situación de contingencia; 3. Manejo de los casos por parte de los centros de servicio, de acogida, servicios sanitarios, sociales y demás; de igual manera, las deficiencias, las buenas prácticas, la forma en que hubieran podido o debido actuar para obtener mejores resultados en la intervención.

El grupo dispone de 30 a 40 minutos para trabajar.

Exposición

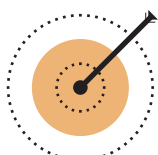
40'



Al finalizar el trabajo, el portavoz de cada grupo expone, en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada de capacitación, ya que cada grupo y cada participante tienen la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

Conclusión

10'



El workshop concluye con una breve intervención del docente y el colaborador para resumir los análisis hechos por los grupos, evidenciar los aspectos más relevantes y, eventualmente, agregar información solicitada por los participantes y/o aspectos que no se presentaron, pero que se consideran importantes.



Caso de Aliou

Aliou tiene 29 años y es un musulmán senegalés de etnia fula, al que se le rechazó su solicitud de asilo y espera el resultado del primer recurso. Está hospedado en el SPRAR (Sistema de Protección para los Solicitantes de Asilo y Refugiados) y comparte el apartamento con otras tres personas.

Fue remitido al servicio por dos episodios críticos de ira y desesperación que requirieron la intervención de una ambulancia. El primero de ellos se presentó cuando le fue notificado el rechazo por parte de la Comisión a su solicitud de asilo; el segundo, cuando recibió la noticia de la muerte de su tío materno.

Su historia familiar y las condiciones de extrema pobreza motivaron a Aliou a huir de Senegal. Varias veces se vio expuesto a peligros y violencia. Refiere con gran sufrimiento su experiencia en Libia y manifiesta que se siente afortunado de haber sobrevivido al viaje por mar.

Huérfano de padre desde la edad de 5 años, Aliou ha vivido con su hermano, su madre y su padrastro. La madre tuvo un infarto cerebral que la redujo a silla de ruedas y su único hermano sufre trastornos psíquicos. Suspendió la asistencia a la escuela para trabajar como pastor.

Aliou refiere intensos episodios de ansiedad y dolor vinculados a la condición de incertidumbre y falta de resultados en su solicitud de asilo. Siente preocupación por la situación de su familia en Senegal y por la responsabilidad que tiene de mantenerlos económicamente. El rechazo que ha recibido de la Comisión lo vive como su propia responsabilidad, pero manifiesta la firme decisión de no hablar ni de Senegal ni del viaje migratorio. Le cuesta trabajo orientarse en el espacio y en el tiempo.



5h



Violencia, tortura y trastorno mental

Por *Chiara DALLAVALLE*

4





15'

La experiencia de la violencia, un hecho ya de por sí traumático, puede tener repercusiones significativas en el estado de salud mental de la víctima, cuya integridad física se ve sometida a fuertes presiones. Esto es particularmente cierto en el caso de los/las migrantes, por cuanto la migración misma constituye un evento traumático, tanto por la pérdida de los lazos fundamentales de pertenencia, como por los peligros que se presentan durante el viaje que los migrantes tienen que afrontar. Este módulo tiene como objetivo suministrar los conocimientos necesarios para identificar a las víctimas de experiencias traumáticas como la violencia y la tortura, y adoptar las estrategias terapéuticas más efectivas para su atención.

Ficha 4.1

Trauma y aspectos postraumáticos



Trauma

Es un evento que, por sus características, no puede integrarse en el aparato psíquico del individuo y, por consiguiente, tiene un efecto agotador sobre las capacidades de quien lo sufre. Puede tratarse de un evento preciso o de un episodio repetitivo de una relación traumática con el contexto. Los traumas menores son esas experiencias potencialmente traumáticas que puede tener una persona durante el transcurso de su vida; son eventos subjetivamente perturbadores, caracterizados por una percepción de peligro no muy intensa. Caso contrario ocurre con los traumas mayores, que se refieren a aquellos episodios que conducen a la muerte o que amenazan la integridad física o la de los seres queridos.

Potencial traumático de un evento

La condición traumática de un evento no depende exclusivamente de las características del evento mismo, sino también de la estructura y de los recursos psíquicos del individuo que vive esa experiencia.

Existen variables individuales en la respuesta a eventos traumáticos similares. En este sentido, los actos de violencia repetitivos tienen mayor probabilidad de provocar traumas, mientras que los recursos y la resiliencia del individuo constituyen un factor de protección.

Mecanismos de defensa disociativos

Son mecanismos de defensa accionados por la mente en condiciones de amenaza extrema a la integridad psíquica. Impiden que un evento, un sentimiento o una experiencia alcance la prominencia psicológica, alterando temporalmente el sentido de la realidad, sin que haya una pérdida concomitante del examen de realidad. La disociación es un proceso que evita la construcción de “vínculos” entre diferentes experiencias psíquicas: el afecto o la experiencia disociada permanece como suspendida, sin contacto con el resto de la subjetividad. En los casos más llamativos pueden ocurrir experiencias como la desrealización y la despersonalización tanto durante el evento traumático como después. Lo que está disociado permanece bajo la forma de un núcleo de experiencia que el sujeto no puede contactar. En ocasiones, el afecto disociado lo percibe el operador en sí mismo, incluso de manera aparentemente desligada del momento.



Trauma y teoría del apego

La exposición de niños a eventos traumáticos está fuertemente influenciada por la calidad de la relación de sus padres. De hecho, la madre regula el *arousal* del niño ayudándolo a permanecer en un estado óptimo, con lo que sienta las bases para las siguientes capacidades de autorregulación del niño.

Contrario a esto, un apego inseguro y desorganizado se evidencia incluso en el cuerpo, en los movimientos no integrados y no armónicos, en la dificultad de utilizar las capacidades de autorregulación y/o las capacidades de regulación interactiva del *arousal*. Las experiencias de abuso (maltrato y negligencia) dentro de una relación de apego conducen a un *arousal* crónicamente incrementado o a la alternancia de estados de hiper e hipoarousal. Las experiencias de abandono, a su vez, conducen a una indiferencia emocional debido a una disminución crónica del *arousal*.

Los recuerdos traumáticos quedan como congelados y vuelven a salir en forma de sensaciones corpóreas, posturas, movimientos e imágenes invasivas. La persona queda como dividida en dos aspectos: uno que le permite seguir adelante en la cotidianidad evitando los recuerdos traumáticos y otro que incluye esos recuerdos y desencadena acciones defensivas automáticas contra las amenazas.

Ficha 4.2

Trastorno por estrés postraumático



Trastorno por estrés postraumático según el DSM V

Criterio A: exposición a un trauma, como la muerte real o la amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, ya sea a través de una experiencia directa del evento traumático o al tener conocimiento de un hecho violento o accidental ocurrido a un miembro de la familia o a un amigo cercano.

Criterio B: aparición de síntomas invasivos relacionados con el evento traumático (recuerdos, sueños, flashback), que pueden conducir a la pérdida total de la conciencia del ambiente que lo rodea.

Criterio C: evitación persistente de los estímulos asociados al evento traumático que se activa después del mismo.

Criterio D: manifestación sucesiva de alteraciones negativas de pensamientos y emociones asociadas al evento traumático.

Criterio E: manifestación sucesiva de alteraciones marcadas del *arousal* y de la reactividad asociadas al evento traumático.

Criterio F: la duración de las alteraciones descritas es superior a un mes.

Criterio G: el malestar causa trastorno clínicamente significativo o compromete el funcionamiento en los ámbitos social o laboral, o en otras áreas importantes.

Criterio H: el malestar no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos o alcohol) o a otra condición médica.

Trastornos asociados frecuentemente al PTSD

Trastornos psicósomáticos (cefalea, síndrome de dolor crónico, problemas gastrointestinales, trastornos alimentarios, problemas del aparato genital y de la esfera sexual).

Trastornos depresivos (llanto, astenia profunda/fatiga, tristeza vital/anhedonia, sentimientos de culpa y baja autoestima, desespero e ideas suicidas).

Dependencia de alcohol, sustancias psicoactivas, fármacos.



Complex DPTS (trastorno por estrés postraumático complejo)

Conjunto de síntomas acumulados por traumas interpersonales prolongados, experimentados durante el desarrollo, como historias de abuso y maltrato familiar, negligencia y abandono, tortura o encarcelamiento, guerras y migración forzada. Aquí se habla de traumatismo crónico y no de episodios traumáticos individuales. Además de los síntomas del PTSD, el C-PTSD puede implicar problemáticas vinculadas a la regulación de las emociones y estados disociativos, a las relaciones interpersonales, a la percepción de sí mismo, a los sistemas de significado, a la somatización, a la atención y la conciencia, a la concepción del suicidio, a la imagen corpórea y a la actitud alimentaria. La persona aparece fragmentada, poco coherente e imprevisible. La gravedad de los síntomas generalmente es proporcional a la precocidad con la cual la persona fue expuesta a los traumas.

ATENCIÓN!

No todos los que se encuentran expuestos a una experiencia traumática desarrollan el trastorno de estrés postraumático. En algunos casos, un trauma puede servir como catalizador para la adaptación, en torno al cual el individuo reconsidera sus propios valores y objetivos, reorganizando el precedente caos interior. Son varios los factores que inciden en el impacto psicológico de un evento traumático sobre el individuo: los diversos resultados de una experiencia traumática dependen de la compleja e imprevisible interacción de tres factores fundamentales: el ambiente, la herencia biológica y las características psicológicas.

Ficha 4.3

El trauma en la migración



Vínculo entre migración y sufrimiento físico

Empieza a ser reconocido hacia el año 1700, cuando para identificarlo se usa el término “nostalgia”, empleado por vez primera en el campo científico y médico por un estudiante de medicina llamado Johannes Hofer. Posteriormente fue introducido en el concepto de shock cultural o estrés de transculturación, según el cual la experiencia migratoria se considera expresamente en términos de trauma y, en particular, de factores individuales de resiliencia y vulnerabilidad. Por shock cultural se entiende una reacción psíquica que indica dificultad de aceptar maneras de ser culturalmente diferentes de las propias, que se transforma en malestar psíquico, dificultad para enfrentar la vida cotidiana, melancolía, inseguridad, sensación de aislamiento con nostalgia de la propia cultura y estado depresivo.

El trauma en la migración

La migración es un acontecimiento en sí mismo traumático, cuya experiencia implica ruptura de lazos y del equilibrio existente entre el individuo y su entorno, lo cual conlleva la búsqueda de un nuevo equilibrio. Por lo tanto, la experiencia migratoria genera estrés psicológico que se traduce en sensación de impotencia, pérdida de la autoestima y de la confianza. Emociones intensas, con frecuencia bloqueadas, salen disociadas de la palabra, en forma de sensaciones somáticas y cambios de comportamiento. El trauma migratorio está asociado a la interrupción de los lazos afectivos y sociales de la trama existencial, a la pérdida de las defensas culturales, de la posición social y del estatus, además del “patrimonio de identidad” y de los puntos de referencia sensoriales. La dimensión social y colectiva de sí mismo se ve amenazada por la migración y, en sentido contrario, la posibilidad de contactar el grupo cultural de referencia puede convertirse en factor de protección.

Factores estresantes de la condición migratoria

- » Soledad forzada: no tener la posibilidad de estar con la familia o incapacidad de llevarla al país que lo acogió, aun con los documentos, por falta de dinero o por obstáculos administrativos.
- » Fracaso del proyecto migratorio, falta de oportunidades, no tener posibilidades de acceder a un trabajo o trabajar en condiciones de explotación extrema.
- » Lucha por sobrevivir: dónde ir a comer, dónde dormir.
- » Miedo y terror ante la amenaza de organizaciones criminales durante el viaje migratorio; miedo a la expulsión, a los abusos físicos y sexuales, sensación de impotencia y de falta de ayuda. En quién confiar?



¿Cómo se manifiesta el malestar?

El migrante manifiesta comportamientos y experiencias como: “pérdida” de la memoria autobiográfica, sensaciones de desorientación y extravío, desorientación nostálgica, crisis de presencia, pasividad, aislamiento, retiro, acto de evitar y, sobre todo, conductas externas caracterizadas por desviaciones y actitudes agresivas.

Hay que resaltar que el impacto con el entorno italiano generalmente se produce de manera brusca y el individuo en condición de migrante encuentra un ambiente que podría ser incomprensible. Además, una vez que ha llegado al país de acogida, la institución se hace cargo del proyecto migratorio.

Es importante que los operadores de la acogida acompañen al migrante a reconstruir el sentido de lo que sucede a su alrededor en términos de prácticas y significados, incluso culturales, como factor de protección respecto al trauma migratorio.

Vulnerabilidad

La relación entre migración y trauma está asociada al concepto de vulnerabilidad. El término “vulnerable” se deriva del latín *vulnus*, que literalmente significa herida o lesión. Esta puede ser física, psicológica y, por extensión, negación de un derecho.

Ficha 4.4

Migración y violencia

20'+ pausa 15'

pausa al final de la ficha



Qué se entiende por violencia?

Según la OMS (2002), por violencia se entiende el uso intencional de la fuerza física o del poder, mediante amenaza o real, contra uno mismo, otra persona o contra un grupo o una comunidad, que determine o que tenga un elevado grado de probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, problemas de desarrollo o privación. La violencia no es un factor fácil de eliminar de la conducta humana y tiene sus raíces en la estructura social, cultural, religiosa y económica.

Tortura

Experiencias como el encarcelamiento y la tortura provocan graves traumas psicológicos desencadenados por vivencias de terror, sufrimiento extremo y negación de la subjetividad. La tortura, en particular, contiene características que aumentan severamente el poder traumático:

- » Terror extremo por la vida.
- » Sufrimiento físico y mental extremo.
- » Condición de vulnerabilidad extrema.
- » Episodios prolongados y/o repetitivos.
- » Relación patológica con el entorno.

La tortura lleva a un sentimiento de impotencia y desesperación que afecta el sentido de identidad de los sujetos como individuos incapaces de controlar su futuro. La falta de normas, la imprevisibilidad y la casualidad de la violencia contribuye a la falta de control que el sujeto experimenta.

Violencia ejercida

En el pasado predominaba la idea de que las víctimas de la violencia podrían tener tendencia a asumir comportamientos violentos según el mecanismo psicológico de “identificación con el agresor”. Si bien no es una regla, cuando esto sucede por lo general pasa a través de un proceso de “desplazamiento” hacia un sujeto más vulnerable o menos amenazante. La elección de la víctima puede depender también del sentimiento que está detrás de la violencia: odio, culpa, sensación de impotencia. De todas maneras, el uso de la violencia es siempre un hecho relacional que debe analizarse desde el punto de vista del contexto.



Restauración y adaptación disfuncional

Los individuos están obligados a adaptarse de alguna manera al impacto de las torturas y las violaciones de los derechos humanos.

Los cinco sistemas de adaptación controlados por la violencia extrema se identifican en las siguientes funciones:

- » Seguridad personal.
- » Sistema de apego y capacidad de vínculo.
- » Identidad y función de la posición social.
- » Justicia.
- » Sentido de la existencia.

La sensación de seguridad en el mundo, o de confianza general, se adquiere en los primeros años de vida, en relación con la primera figura de asistencia. Al originarse con la vida misma, este sentimiento de confianza sostiene a una persona durante toda su vida, constituyendo la base de todo el sistema de relaciones y de confianza. Los eventos traumáticos destruyen la construcción de sí mismo que se ha formado y sostenido en relación con los demás y violan la confianza de la víctima en un orden natural o divino, conduciéndola a un estado de crisis existencial.

Ficha 4.5

Etnopsiquiatría



Definición de etnopsiquiatría

Se trata de una asignatura multidisciplinaria, comparativa, interactiva y pragmática, dirigida al tratamiento del trastorno mental en individuos de cultura diferente a la del terapeuta. La etnopsiquiatría nace de la constatación de la ineficacia de las prácticas terapéuticas actuales con los migrantes y, por consiguiente, prevé la apertura del tema terapéutico a los significados culturales del paciente (creencias religiosas, estructuras familiares, etiologías tradicionales). La etnopsiquiatría considera los modelos explicativos habitualmente utilizados en psicología, psicopatología y psiquiatría como narraciones definidas culturalmente y localizadas. Por tanto, apoya la necesidad de relativizar nuestras teorías al entrar en diálogo con las teorías de referencia del paciente. Un enfoque etnopsiquiátrico conlleva modificaciones en la teoría y en la técnica de la psiquiatría tradicional.

Referencias culturales de la enfermedad mental

Desde la perspectiva etnopsiquiátrica es fundamental tener en cuenta, durante el encuentro con el paciente, sus puntos de referencia culturales, a partir del idioma. Por ejemplo, a veces algunas expresiones, incluido el nombre propio, no son traducibles sino con perífrasis, donde el término original requiere un amplio campo semántico, social y cultural. Es necesario acoger el valor de las etiologías tradicionales (por ejemplo: *djinn*, *marabuttaggi*) y de las estructuras sociales interiorizadas, que son reconocidas no como elementos de ignorancia, superstición o atraso, sino como elementos narrativos fundamentales que permiten que el paciente le dé sentido a su propio sufrimiento.

Tres posibles configuraciones:

Intracultural: terapeuta y paciente pertenecen a la misma cultura; el terapeuta tiene en cuenta tanto la dimensión individual como la sociocultural.

Intercultural: el terapeuta no pertenece a la etnia del paciente, pero conoce bien su cultura y la usa como estímulo terapéutico.

Metacultural: tanto el terapeuta como el paciente pertenecen a culturas diferentes; el primero no conoce específicamente la cultura del segundo, pero entiende el concepto de “cultura” y lo usa para establecer el diagnóstico y la terapia.

**Críticas a la etnopsiquiatría**

Si bien es cierto que la clínica para pacientes migrantes necesita de los aportes y de la claridad suministrada por los conocimientos de su cultura, es necesario evitar reducir al individuo y la relación a la sola dimensión cultural, ignorando aspectos individuales y socioeconómicos, como son los elementos intrapsíquicos como el trauma, los aspectos de contexto, las relaciones de poder y la posible condición de marginalidad social. Los operadores deben poder descentralizar y trabajar utilizando estos dos niveles (individual y cultural) sin confundirlos y teniendo en cuenta las relaciones necesarias y a veces conflictivas entre ellos.

Ficha 4.6

Resiliencia y resistencia



Recuperar el poder. Proceso de empowerment

Las experiencias centrales del trauma psíquico representan una privación del poder y del control sobre sí mismo por parte de la víctima y la destrucción de sus vínculos con los demás. El proceso de recuperación se basa, por lo tanto, en la recuperación del poder y del control de sí mismo y en la construcción de nuevos vínculos. El primer paso hacia la recuperación es el aumento de la capacidad de controlar activamente su propia vida (empowerment), y debe ser el autor y el árbitro de su recuperación.

Factores de resiliencia

Características individuales:

- » Solidez de sí mismo.
- » Solidez de la identidad cultural.
- » Flexibilidad de la identidad cultural.
- » Estilos de apego eficaces.
- » Estilos de coping eficaces.
- » Salud premigratoria.

Proyecto migratorio:

- » Premigración (preparación, voluntariedad, expectativas reales).
- » Posmigración (realización del proyecto, revisión eficaz, soporte social eficaz).

Factores de vulnerabilidad

Características individuales:

- » Fragilidad de sí mismo.
- » Fragilidad de la identidad cultural.
- » Rigidez de la identidad cultural.
- » Estilos de apego ineficaces.
- » Estilos de coping ineficaces.
- » Morbilidad premigratoria.

Proyecto migratorio:

- » Ausente (migración forzada).
- » Fracasado (o amenaza de fracaso).

**Otros factores:**

- » Estrés de transculturación (shock cultural).
- » Pérdida de estatus.
- » Nostalgia, luto.
- » Soporte social ausente o inadecuado.

Resistencia al control institucional

La tortura induce a un sentimiento de impotencia y desesperación que causa impacto en la identidad de los sujetos como individuos incapaces de controlar su futuro. La falta de normas, la imprevisibilidad y la casualidad de la violencia contribuye a la falta de control que el sujeto experimenta. Las estrategias de resistencia para adquirir alguna medida/sentido de control son de tipo cognitivo, emotivo y comportamental, donde los sujetos se burlan de los guardianes, no cooperan, no colaboran, desafían a las autoridades y efectúan provocaciones. La capacidad de desarrollar estrategias creativas de resistencia e resiliencia permite tolerar mejor la prisión y la experiencia de la tortura.

Ficha 4.7

Diferencias en la experiencia de violencia vinculada al género



Condición de las mujeres migrantes:

La migración puede causar experiencias de violencia de diferentes tipos en las mujeres.

- » Dejar su país conlleva la redefinición y reformulación de los lazos y de los equilibrios familiares, un replanteamiento de la propia adhesión a las tradiciones y valores de la cultura de origen. Muchas veces, las mujeres migrantes también son víctimas de violencia en el contexto de procedencia, donde, sin embargo, la violencia es una modalidad relacional “aceptada” y hay poca conciencia de ser una víctima. En el país de llegada, la motivación frecuente de los operadores de las estructuras a denunciar la violencia sufrida se transforma en miedo de marginación por parte de la comunidad a la que pertenecen y ruptura con las raíces y preclusiones con un eventual regreso a la patria.
- » El viaje mismo se convierte con frecuencia en un escenario de violencia hacia las mujeres, principalmente de carácter sexual; por lo tanto, violencia directa contra el cuerpo sexuado, los genitales, el aparato reproductor, la trata de personas.

Hombres y violencia

La violencia sexual no se refiere solo a la práctica de estupro, sino también a las amenazas, a la desnudez forzada, al acoso. En el caso de los hombres, sobre todo los de religión musulmana, la desnudez forzada se percibe como una forma de violencia peor que la violencia física, por cuanto produce fuerte humillación y mortificación del sentido de la dignidad.

La experiencia de la violencia, ejercida para producir el aniquilamiento del individuo y del grupo al cual pertenece, provoca la pérdida del estatus y de su lugar en el mundo, algo muy significativo para los hombres.



Conclusiones y consideraciones compartidas

10'



Pausa

15'



1,45h



Workshop

Estudio de caso: caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final

Entrega

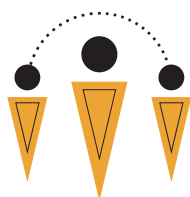
15'



El docente y el colaborador leen e ilustran en clase el caso elegido, que por lo general es real, e invitan a los participantes a dividirse en grupos de 4 a 6 personas. Reparten una copia escrita del caso ilustrado (al menos una copia por grupo).

Trabajo de grupo

40'

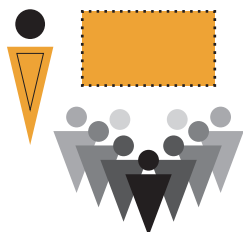


El maestro y el colaborador solicitan a los grupos reflexionar y discutir el caso de acuerdo con tres parámetros: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, su procedencia y su situación de contingencia; 2. Debilidades y aspectos negativos de la persona, su procedencia y su situación de contingencia; 3. Manejo de los casos por parte de los centros de servicio, de acogida, servicios sanitarios, sociales y demás; de igual manera, las deficiencias, las buenas prácticas, la forma en que hubieran podido o debido actuar para obtener mejores resultados en la intervención.

El grupo dispone de 30 a 40 minutos para trabajar.

Exposición

40'



Al finalizar el trabajo, el portavoz de cada grupo expone, en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada de capacitación, ya que cada grupo y cada participante tienen la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

Conclusión

10'



El workshop concluye con una breve intervención del docente y el colaborador para resumir los análisis hechos por los grupos, evidenciar los aspectos más relevantes y, eventualmente, agregar información solicitada por los participantes y/o aspectos que no se presentaron, pero que se consideran importantes.



Caso de Ahmed

Ahmed tiene 19 años y proviene de Gambia. A la edad de seis años sus padres se divorciaron y luego del regreso de su madre a su familia de origen, interrumpieron todo contacto. El joven manifiesta haber sufrido por esta separación forzada y de haber crecido con su padre, un activista del partido UDP, movimiento de oposición al régimen dictatorial. Ahmed refiere que la relación con su padre es difícil y poco afectuosa. Cuando Ahmed tenía 14 años, un grupo de paramilitares vino a buscar a su padre, motivo por el cual él y su tío tuvieron que dejar el país. Desde entonces, Ahmed no ha tenido noticias de su padre. Más adelante, con su tío, se dirigieron a Libia, donde Ahmed fue encarcelado, pero logró su liberación gracias al pago de una fianza por parte de su tío. Al llegar a Sicilia, su tío continuó su viaje hacia Alemania, mientras que Ahmed fue acogido en un centro para menores extranjeros no acompañados.

Ahmed se muestra muy desconfiado y le cuesta trabajo narrar sus sufrimientos. Consume marihuana probablemente para escapar de sus dolorosos recuerdos y por el miedo que le produce no superar esta situación. Una noche, Ahmed regresó al Centro bajo los efectos del alcohol y estupefacientes, y se encontró en grave estado confusional. Cogió a patadas un contenedor de basuras, se arrastró por el piso llorando y comenzó a golpearse en la cabeza. Después de la llegada de una ambulancia y de la Policía, Ahmed fue hospitalizado bajo el control del psiquiatra de turno. Pasado este episodio, Ahmed manifestó el deseo de suicidarse.



5h



Manejo del estrés

Por *Chiara DALLAVALLE*

5





15'

En esta sección trataremos temas relacionados con víctimas de violencia de género y de proximidad especialmente en términos de ayuda y asunción de responsabilidades con respecto a las personas vulnerables. La compleja historia de vida de las víctimas de este comportamiento, unida a fuertes componentes traumáticos, somete al personal involucrado a condiciones de estrés particulares con riesgo de caer en burn out (desgaste laboral). El módulo pretende suministrar los instrumentos específicos para aceptar responsabilidades frente a esta clase de dejar usuarios con el fin de proteger su bienestar psicofísico y emotivo.

Ficha 5.1

Acoger y escuchar



La relación de apoyo

Un profesional de apoyo lleva al trabajador a moverse en una dimensión relacional que implica un fuerte aspecto emotivo, tanto suyo como del usuario. Esto significa que durante la jornada laboral el trabajador debe contar con recursos profesionales (educación, actualización, especializaciones, conocimiento de sus funciones y coherencia entre la formación profesional y la función que desempeña), así como con recursos personales (características individuales, autoconocimiento, recursos relacionales, resistencia). Recursos y limitaciones de la relación de apoyo toman forma en un espacio creado y delimitado por la relación trabajador-usuario-contexto. El apoyo es siempre un acto de relación, así como lo es una acción violenta.

El papel profesional de los trabajadores de la acogida, así como el de aquellos que de una u otra manera tienen que relacionarse con inmigrantes víctimas de la violencia, se ve influenciado por factores y dimensiones psicosociales, como:

El tiempo

«(...) en muchas instituciones totales, entre los internos predomina la sensación de que el tiempo transcurrido en el Instituto haya sido perdido, inútil o sustraído de sus propias vidas. (...) Se trata de un periodo puesto como un paréntesis por quien lo ha vivido, con un propósito constante y consciente que difícilmente se encuentra en el mundo exterior. Como resultado, el interno tiende a pensar que el tiempo vivido allí fue como un exilio.» (Goffman, 1961). Por lo general, esta es la percepción del inmigrante que se encuentra dentro de una estructura de hospitalidad. Esta estructura establece un horario para cada actividad: para comer, para dormir, para salir y para regresar; para ir a la escuela, para asistir a citas médicas, a diligencias burocráticas, etcétera. Por consiguiente, el trabajador se convierte en un profesional disponible las 24 horas del día.

Las expectativas

Desde el punto de vista del migrante, la motivación/tensión de emigrar conlleva una forma de estrés denominada Goal-Striving Stress, la cual es causada por la fatiga y el esfuerzo realizado por el migrante para obtener buenos resultados plausibles según sus aspiraciones y la orden migratoria. Cuando el proyecto migratorio no está bien estructurado y las expectativas respecto de la migración son inciertas, el mismo proyecto corre el riesgo de fracasar incluso por causa de todas las variables que intervienen, una vez que se llega al país de destino (normativas, rechazo del permiso de permanencia, dificultad de integración/trabajo, etcétera). El migrante también tiene expectativas con respecto al personal de apoyo: ¿de qué manera

percibe al funcionario? Su función es instrumental, de apoyo o de dependencia? Constituye un obstáculo para la realización personal o, simplemente, es un medio para satisfacer necesidades y exigencias?

ATENCIÓN!

Parte de las expectativas se construyen dentro de la relación.

En lo que respecta al personal de apoyo, son varios los aspectos que pueden influir en las expectativas que tiene con el usuario:

- » Ser consciente de los límites de la persona a la que se va a ayudar, en relación con su condición de autodeterminación.
- » Analizar el aspecto cultural, relacionado con las actitudes, las preferencias y el comportamiento del usuario.
- » Tener conocimiento de los mecanismos como funcionario de apoyo psicosocial.
- » Tener la capacidad de administrar las expectativas que no se cumplieron y resolverlas con base en la relación con el usuario.

La pertenencia de identidad

El migrante, por lo general, vive una verdadera crisis de identidad. En este momento, el sentimiento del ser como individuo se alimenta de sus relaciones con el prójimo y de la relación contextual, con base en modelos y reglas de comportamiento determinantes desde el punto de vista sociocultural.

En 1978, el antropólogo Ernesto de Martino habló de crisis de la presencia, como una condición particular en la cual un individuo experimenta incertidumbre e incapacidad para responder por sus propios actos en un determinado momento o frente a situaciones adversas como enfermedades, muerte, crisis moral, migración, etcétera). La crisis de la presencia es ese sentimiento de confusión en el cual las personas temen perder sus propios puntos de referencia, que de alguna manera constituyen índices de sensibilidad (de presencia).

Ficha 5.2

Cómo manejar el miedo, el estrés, la frustración y el burnout

45' + pausa 15'

pausa al final de la ficha



¿Qué es el estrés?

Como estrés se entiende la respuesta psicofísica a la percepción de un desequilibrio entre las exigencias del ambiente que nos rodea y las respuestas que se tienen para enfrentarlo. Esta respuesta tiene, ante todo, una dimensión fisiológica: en situaciones de estrés, los riñones (por estímulo de la hipófisis y el hipotálamo) liberan cortisol, una hormona que bloquea el paso de serotonina. Pero también tiene una dimensión emotiva, cognitiva y de comportamiento. El estrés se puede dividir entre estrés positivo (eustrés) y estrés negativo (distrés). Otro tipo de estrés es el laboral, el cual se puede definir como un conjunto de reacciones dañinas (físicas y emotivas) que se manifiestan cuando las exigencias del trabajo no son proporcionales a las capacidades, los recursos o las exigencias del trabajador.

El burnout

El síndrome de burn out es el resultado patológico de un proceso estresógeno que afecta a las personas que ejercen profesiones de apoyo; es decir, cuando estas personas no responden adecuadamente a las excesivas cargas de estrés a las que están sometidas por el trabajo que desarrollan. Se trata de una condición de malestar que se evidencia entre trabajadores empeñados en las llamadas profesiones de apoyo, específicamente en la atención sociosanitaria. El burn out se caracteriza por lo siguiente:

Agotamiento emotivo: sensación de cansancio y fatiga que se desarrolla a medida que los recursos emotivos se agotan; sensación de no tener ya nada que ofrecer a nivel psicológico.

Despersonalización: actitud negativa, de distanciamiento, cinismo y/u hostilidad en relación con las personas con las cuales y para las cuales se trabaja.

Realización profesional: percepción de incapacidad de trabajo que implica una caída de la autoestima y una disminución del deseo de alcanzar el éxito.

Es posible identificar el burn out cuando se observa:

- » Agotamiento emotivo.
- » Despersonalización.
- » Tendencia al cinismo.
- » Sentimiento de baja realización personal.
- » Tendencia a evitar el ambiente laboral.
- » Frustración e insatisfacción.
- » Poca empatía con las personas de las cuales se debería encargar.
- » Deterioro físico.
- » Insomnio.
- » Depresión.



Consecuencias personales y sociales/organizativas

Los efectos del burn out no repercuten solo a nivel personal, sino que tienden a propagarse dentro de un equipo hasta alcanzar, incluso, a los usuarios, involucrando por consiguiente a toda la organización. Las consecuencias de esto son bastante graves y se pueden esquematizar en tres niveles:

Nivel de los trabajadores, que “pagan” el burn out incluso por medio de somatizaciones, pero especialmente a través de dispersión de recursos, frustraciones y uso limitado de potenciales.

Nivel de los usuarios, para los cuales un contacto con los operadores en burn out resulta frustrante, ineficaz y dañino.

Nivel de la comunidad en general, que ve desaparecer importantes inversiones en los servicios.

Causas del burnout

El desequilibrio entre el individuo y el trabajo, responsable de consecuencias comportamentales, sociales y de bienestar individual, puede manifestarse en seis áreas:

1. Volumen de trabajo: cuando es superior a la capacidad del individuo que lo debe realizar.
2. Control: existe una conexión entre la falta de autonomía (capacidad de asumir responsabilidades, de tomar decisiones importantes) y el burn out.
3. Recompensa: social y económica.
4. Comunidad: en términos de calidad de relaciones con los colegas.
5. Equidad: percepción de honestidad y rectitud que favorece el engagement y la satisfacción.
6. Valores: congruencia entre los valores del individuo y de la organización, cuya ausencia se puede traducir en la presión por una opción entre lo que se quiere hacer y lo que se debe hacer.

Cómo prevenir el burn out?

La prevención del burn out pasa a través de diferentes etapas:

- » Favorecer el grupo con estabilidad en el tiempo y garantizar la seguridad laboral.
- » Desarrollar métodos que incentiven y gratifiquen según las diferentes funciones profesionales y las capacidades del individuo.
- » Desarrollar e incrementar el trabajo en equipo mediante la discusión de los casos y la participación en todos los aspectos decisivos en el trabajo.
- » Compartir responsabilidades en los procesos con los usuarios, sus familias y la comunidad social en general.
- » Hacer que la educación y la investigación sean los principales objetivos del programa administrativo.
- » Incentivar mecanismos formales de grupo para resolver problemas organizativos y solucionar conflictos.
- » Suministrar controles periódicos del burn out a todo el grupo.
- » Desarrollar momentos de audiencia y de hospitalidad individual y/o de grupo en situaciones de conflicto.

Ficha 5.3

Las herramientas para manejar la agresividad



La agresividad

La agresividad es una reacción social en la cual un individuo le causa daño a otro de manera intencional. De acuerdo con la teoría evolucionista, la agresividad es proporcional a la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano, mientras que desde una perspectiva fisiológica, son las estructuras neocorticales y subcorticales las que desempeñan un papel importante en el desencadenamiento de una actitud agresiva, mediante la liberación de sustancias particulares. La psicología psicodinámica, en cambio, ve la agresividad como una motivación, un impulso, una reacción a la frustración. Por último, las teorías sobre el aprendizaje social consideran que la agresividad se desarrolla a partir de modelos relacionales, sociales y culturales.

El aporte de la psiquiatría determina que la agresividad es un síntoma de sufrimiento generado y siempre está relacionada con un trastorno mental. Desde este punto de vista, es necesario decir que los comportamientos agresivos no representan en sí mismos una patología psiquiátrica, sino que son expresiones patológicas desencadenadas por situaciones específicas; es decir, cuando la persona que los manifiesta no logra controlarlos, y no son modulables ni adecuados a la situación que los determina.

La presencia de actitudes agresivas puede representar el deterioro de un cuadro clínico en algunos trastornos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno límite de personalidad (borderline) y los diferentes desórdenes de ansiedad. Los comportamientos agresivos aumentan en relación con el uso de alcohol y de sustancias psicoactivas.

Variables de entorno y factores de riesgo

Los factores de riesgo que pueden influenciar el desencadenamiento de actitudes agresivas dependen en gran medida del entorno, ya sea en caso de que la persona se encuentre dentro de un centro hospitalario o en un servicio territorial. Algunos de estos factores son:

- » Los patrones de conducta de los trabajadores.
- » La falta de interés de la persona hacia el manejo del proyecto (de acogida, de integración, etc.).
- » La falta de privacidad en la convivencia obligada con personas.
- » El cumplimiento de las normas del centro y sus límites respecto de la libertad personal.
- » La suspensión de la situación jurídica.
- » La escasa capacidad de lectura del contexto.
- » La ausencia de familiares en el país receptor y en el contexto de acogida.

Prevención y manejo de las actitudes agresivas

El conocimiento previo de la persona puede facilitar un mejor manejo de las eventuales actitudes agresivas; por ejemplo, cuando se tiene conocimiento de cuadros psicopáticos diagnosticados o de temas y argumentos que pueden provocar reacciones negativas del usuario. Igualmente, debemos tener en cuenta la presencia de otras personas que pueden “fastidiar” al usuario y, por consiguiente, hacerle aumentar el nerviosismo.

A falta de una adecuada información sobre el usuario, es importante conocer algunas señales premonitorias (necesarias, pero no suficientes) como: abusos verbales, actitud intimidatoria, amenazas, desencadenamiento de emociones, cercanías incómodas, aumento del tono de la voz, mirada directa a los ojos, sudoración, interrupciones en los turnos de conversación, etcétera.

Para prevenir la presencia de comportamientos agresivos es importante elegir los espacios de encuentro con la persona, como un espacio accesible y de fácil observación para otros colegas, que tenga siempre una vía de escape. Es una buena norma conjeturar que durante la entrevista el usuario puede manifestar agresividad y hacer partícipes a otros colegas, de modo que el trabajador no permanezca solo con el usuario. También es fundamental escuchar atentamente a la persona, aun en el evento de que manifieste agresividad, y asumir una actitud pasiva y no amenazante (postura abierta). Así mismo, probar una negociación de alternativas, suministrar informaciones precisas y detalladas, hacernos reconocer recordándole al usuario quiénes somos, usar siempre el NOSOTROS para enfatizar que formamos parte de una labor de cooperación y demostrar siempre empatía son algunos consejos útiles. Si la situación se dificulta, es preciso pedir ayuda inmediata, alertar a los colegas y, eventualmente, a las autoridades.

Cosas que NO se deben hacer

- » Demostrar miedo, ansiedad, temor.
- » Tener contacto físico.
- » Acercarse a la persona por detrás.
- » Acercamientos bruscos.
- » Obligar al usuario a estar en un espacio reducido.
- » Asumir un comportamiento de provocación y desafío.
- » Considerar como una ofensa personal la agresión verbal del otro.
- » Tratar de desarmar (en este caso lo mejor es alejarse inmediatamente).
- » Prometer algo irrealizable solo por evadir la situación.
- » Permanecer con los brazos cruzados.
- » Dar énfasis a las emociones.

Ficha 5.3

- » Demostrar enojo.

Los instrumentos operativos:

El manejo de situaciones de agresividad resulta eficaz solo si el trabajador forma parte de un equipo sólido, mancomunado y organizado, compuesto por profesionales con competencias específicas y con funciones profesionales muy bien definidas.

El equipo debe reunir las siguientes características:

- » Percepción común de los fines y objetivos.
- » Comunicación abierta basada en la confianza y el respeto por los colegas.
- » La presencia de un liderazgo generalizado.
- » Intercambio de procesos eficaces.
- » Valorización de las diferencias personales y profesionales de todos los miembros.
- » Capacidad de demostrar flexibilidad y adaptabilidad en cada situación.
- » Aprendizaje constante.

Para crear un equipo sólido y unido, capaz de enfrentar situaciones de crisis, es necesario fomentar actividades grupales y de diálogo como:

- » Controlar y debatir los casos.
- » Coordinar actividades laborales.
- » Crear e intercambiar procesos laborales.
- » Programar las medidas que se deben adoptar.
- » Verificación del trabajo desarrollado y análisis de los incidentes críticos.



Ficha 5.4

Reconocer la existencia de la violencia de género y/o de proximidad y poder asumir responsabilidades

35'



Las mayores dificultades de los trabajadores con respecto a los usuarios víctimas de violencia se refieren a la capacidad de evaluar las señales y la posibilidad de reducir los efectos causados por ella y de controlar las repercusiones. En este aspecto, es fundamental saber utilizar las relaciones de empatía y establecer una adecuada distancia.

El trauma vicario

Señala la posibilidad de que un operador que trabaja en contextos críticos, con personas que han sufrido un trauma, pueda él mismo revivir el evento por causa del contacto con estas personas. El trauma vicario modifica negativamente los esquemas cognitivos y la modalidad de lectura del trabajo en sí y de la realidad, debido a los procesos de empatía, solidaridad e involucramiento emotivo con personas víctimas de eventos de alto impacto emocional. Los síntomas que se derivan de ello son de varios tipos: depresión, cansancio, irritabilidad, síntomas psicósomáticos, insomnio, ansiedad y fatiga, hasta llegar a problemas familiares.

Las medidas para contrarrestar el trauma vicario son:

Defusing: los participantes, inmediatamente después de una situación de emergencia, pueden reunirse durante 20 o 40 minutos para intercambiar ideas y estados de ánimo relacionados con eventos e historias que acaban de vivir o de escuchar.

Debriefing: intervención clínico-psicológica estructurada a la cual los trabajadores están obligados a participar con el objetivo de ayudar a comprender y aprender a manejar emociones intensas, así como establecer las estrategias más eficaces para enfrentar la situación.

Terapia de apoyo psicológico individual: dentro de un escenario clínico de tipo individual se discuten y analizan las variables individuales y los estados emotivos relacionados con la experiencia de haber estado en contacto con personas traumatizadas.

La contratransferencia:

Este término, creado por Freud para designar los apegos que surgen entre el psicólogo y el paciente, está relacionado con los sentimientos del subconsciente. En las evoluciones sucesivas, la contratransferencia comienza a inferir una serie de sentimientos, pensamientos y acciones puestos en práctica por el psicólogo/operador, pero que están conectados con las características específicas de personalidad y con las modalidades relacionales del usuario. La contratransferencia se presenta por el dinámico y continuo intercambio y está influenciada igualmente

Ficha 5.4

por la personalidad del operador. Existen diferentes tipos de contratransferencia:

Contratransferencia concordante: indica la percepción empática del estado afectivo interpersonal del usuario y suministra información sobre la manera como este vive las relaciones. Esto se asimila con el concepto de “simetría” y representa una identificación entre lo que el usuario experimenta o ha experimentado en el pasado.

Contratransferencia complementaria: indica la identificación empática con “el objeto” relacional y ofrece información respecto a cómo reaccionan los otros a las modalidades relacionales habituales del individuo, además de informaciones sobre modelos y eventos relacionales importantes en el presente o en el pasado del usuario.

Contratransferencia cultural: representa las respuestas conscientes e inconscientes a la alteridad cultural y depende de la identidad cultural del operador pero también de lo que el usuario proyecta en la relación. Esto puede representar una reacción a la angustia suscitada por la alteridad y puede tomar diferentes formas: negación de las diferencias, desvalorización, idealización. La contratransferencia cultural se une a aspectos como la identidad de género, histórica y social. La dimensión cultural no debe opacar el aspecto social del sufrimiento, concepto de “contratransferencia social” debido al diferente estatus socioeconómico de operadores y usuarios.

Reacciones contratransferenciales con víctimas de violencia

Las reacciones contratransferenciales en la relación con víctimas de violencia pueden ser de varias clases, pero tienden a ser de mucha intensidad y son difíciles y desgastantes si no se tratan adecuadamente. Las historias con las cuales el operador entra en contacto presentan abundantes elementos emotivamente preocupantes y los traumas sufridos por el usuario llevan al uso de defensas disociativas que provocan reacciones contratransferenciales específicas. El operador se interrelaciona con un fuerte nivel de sufrimiento. Existen diferentes tipos de reacciones contratransferenciales:

- » **Reacciones concordantes:** caracterizadas por malestar, tristeza, sentimiento de impotencia, miedo hacia el usuario, ansiedad, desacuerdo con el sistema.
- » **Reacciones complementarias:** caracterizadas por fastidio, evasión, enojo hacia el usuario, desconocimiento del sufrimiento, conductas pasivo-agresivas como el olvido, deseo de “salvar” al usuario, miedo del usuario.

El miedo

Representa una reacción acorde con un sentimiento experimentado por la víctima de violencia o un aspecto de contratransferencia cultural o social. Se refiere también a la percepción de elementos agresivos conscientes, inconscientes o disociados, presentes en el usuario, los cuales representan una reacción complementaria. Es fundamental acoger y valorar eventuales experiencias de miedo por parte de los operadores como factor de protección a posibles agresiones. Cuando el miedo representa un elemento contratransferencial, se trata de un afecto que es necesario metabolizar en equipo para poder continuar el trabajo con el usuario.

**Sentimiento de impotencia (*helplessness*)**

Es una de las reacciones emotivas más comunes en el trabajo con inmigrantes y víctimas de violencia. También puede ser una reacción acorde con la experiencia del usuario. El sentimiento de helplessness puede depender de mecanismos organizativos no virtuosos, debido a la percepción de un contexto amplio no favorable y la percepción de desequilibrios en las relaciones de poder entre los distintos niveles. Constituye una causa frecuente de abandono por parte de los operadores.

Conclusiones y consideraciones compartidas

10'



Pausa

15'



1,45h



Workshop

Estudio de caso: caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final

Entrega

15'



El docente y el colaborador leen e ilustran en clase el caso elegido, que por lo general es real, e invitan a los participantes a dividirse en grupos de 4 a 6 personas. Reparten una copia escrita del caso ilustrado (al menos una copia por grupo).

Trabajo de grupo

40'

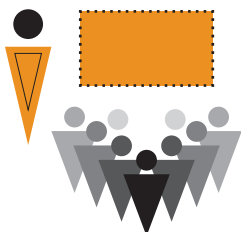


El maestro y el colaborador solicitan a los grupos reflexionar y discutir el caso de acuerdo con tres parámetros: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, su procedencia y su situación de contingencia; 2. Debilidades y aspectos negativos de la persona, su procedencia y su situación de contingencia; 3. Manejo de los casos por parte de los centros de servicio, de acogida, servicios sanitarios, sociales y demás; de igual manera, las deficiencias, las buenas prácticas, la forma en que hubieran podido o debido actuar para obtener mejores resultados en la intervención.

El grupo dispone de 30 a 40 minutos para trabajar.

Exposición

40'



Al finalizar el trabajo, el portavoz de cada grupo expone, en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada de capacitación, ya que cada grupo y cada participante tienen la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

Conclusión

10'



El workshop concluye con una breve intervención del docente y el colaborador para resumir los análisis hechos por los grupos, evidenciar los aspectos más relevantes y, eventualmente, agregar información solicitada por los participantes y/o aspectos que no se presentaron, pero que se consideran importantes.



Caso de Mamadou

Mamadou es operario de un CAS (Centro de Acogida Extraordinaria) desde hace un año; es de Senegal y está en Italia desde hace más de 10 años; trabaja también como intermediario lingüístico-cultural cuando lo requieren.

El CAS donde trabaja acogió a 25 jóvenes, de los cuales tres son de Senegal, como él. Por ese motivo, cuando se trata de manejar determinadas situaciones, especialmente tensiones, los colegas le solicitan a Mamadou ocuparse del caso.

De igual manera, cuando necesitan traducciones de su idioma, hacer entrevistas con el psicólogo o acompañar a alguien, sobre todo a los servicios médicos, le piden el favor a Mamadou. Con esto se facilita tanto la actividad de los operadores como la de los huéspedes, evitándose tener que acudir a intermediarios lingüísticos externos.

En principio, Mamadou tomó esta actividad como un reconocimiento importante, ya que valorizaba sus competencias, pero con el tiempo se convirtió en una actividad pesada, pues tuvo sobrecarga de solicitudes y de expectativas.

El punto de ruptura llegó cuando Mamadou fue acusado por uno de los huéspedes de no haber traducido correctamente lo que él le había manifestado y de no haberlo ayudado suficientemente, por lo cual, ante el rechazo de su solicitud, lo desacreditó con los otros huéspedes, quienes cambiaron su actitud hacia él.

Así mismo, el equipo del CAS no supo manejar correctamente esta situación y Mamadou, al no lograr resolver la situación, manifestó su deseo de retirarse.

Preguntas:

- » ¿Qué contratransferencia tienen los operadores en cuestión?
- » ¿Cuáles son los elementos críticos?
- » ¿Qué recursos hubieran podido aplicarse?





Sección 2

Buenas prácticas para la acogida

Identificar, prevenir, cuidar

por *Lia LOMBARDI*

introducción

Esta sección está dedicada a las “buenas prácticas para la acogida” y se fundamenta en tres criterios básicos: identificar, prevenir y curar. La segunda sección, al igual que la primera, sigue una estructura con base en fichas que se refieren a:

1. Sistemas de acogida en Italia, Francia, España, así como algunas realidades locales.
2. Buenas prácticas de acogida y cuidados para las personas migrantes víctimas de violencia y trabajo en red (gobernanza, protocolos, acciones).
3. Puntos críticos y perspectivas del sistema.
4. Reflexión sobre resistencia y resiliencia por el estudio de caso.

Ficha 1

Sistemas de acogida



Sistema de acogida italiano

La revisión de los servicios de acogida (D.L. 113 de 2018) reestructura el sistema en su totalidad: la nueva norma (artículo 12) prevé que los servicios de acogida integrados en el territorio (denominada segunda acogida), predispuestos por las autoridades locales en las estructuras del Sistema SPRAR (ahora SIPROIMI), sean reservados exclusivamente a los titulares de protección internacional y a los menores de edad extranjeros no acompañados, y no como antes, que se reservaba a los solicitantes de asilo. La etapa anterior a la acogida como tal consiste en un auxilio de primera asistencia, además de la identificación de los migrantes, en especial en los lugares de desembarque (Centros de Primera Acogida, CPA; Centros de Primeros Auxilios y Acogida, CPSA, y los HotSpot o puntos de acceso para el inmigrante).

La acogida como tal se lleva a cabo en dos etapas: la etapa de recepción que completa la identificación del solicitante para la presentación de la solicitud de asilo (CDA, CARA) y una segunda etapa de recepción e integración asegurada a nivel territorial por las autoridades locales en las estructuras del sistema SPRAR. En caso de agotamiento de puestos en los centros gubernamentales, los migrantes pueden ser hospedados en estructuras temporales llamadas CAS (Centro de Acogida Extraordinaria).

Con respecto a la violencia de género y de proximidad, en la mayoría de los casos las mujeres solteras y las que tienen niños viven en apartamentos o en pequeños centros donde no hay hombres; las familias suelen alojarse en apartamentos o centros en los cuales se les garantiza su privacidad.

Otro aspecto de la situación italiana está representado por la Ley 119 del 15 de octubre de 2013, que establece algunas reglas en materia de inmigración, seguridad y lucha contra la violencia de género.

El artículo 18bis de la ley establece que si la policía o los magistrados verifican que un inmigrante (mujer u hombre) es víctima de violencia doméstica o del compañero permanente (VPI) perpetrada en territorio italiano, la autoridad puede expedir un permiso especial de residencia que le permita a la víctima escapar de la violencia. El artículo 8 del Decreto Legislativo 24 del 4 de marzo de 2014 extendió el tipo de protección antes descrito a las víctimas de trata de seres humanos y de reducción a esclavitud.

Sistema de acogida del municipio de Milán

Milán es el único municipio de Italia que administra un número de Centros de Acogida Extraordinaria (CAS), generalmente gestionados por las prefecturas. Actualmente, las estructuras CAS son nueve y de enero a septiembre de 2018 acogieron a 1.404

migrantes, equivalentes al 7% del número total que desembarcó en el país. El porcentaje de mujeres es de 21,6%. La permanencia promedio de los huéspedes varía entre cinco y nueve meses. Las estructuras SPRAR del municipio comprenden ocho centros de acogida (347 puestos) y poco más de siete apartamentos (75 puestos). El porcentaje de mujeres es de 21,8% (especialmente mujeres somalíes), mientras que el de los menores de edad es de 16,1%. El porcentaje de usuarios con una permanencia promedio de al menos un año equivale al 24,2%.

Sistema francés de asilo y protección

En los últimos años Francia ha registrado un aumento en las solicitudes de asilo, situación que ha causado tensión en el sistema. En general, el enfoque a la gestión de la violencia y de la violencia de género se ha visto bastante fragmentado. En Francia, las solicitudes de asilo están sujetas a reglamentos conformes al código de entrada y residencia para extranjeros y concesión de asilo, CESEDA. De conformidad con el artículo L.71-11 de este código, existen tres tipos de estatus de refugiado:



- » **Asilo convencional:** concedido de conformidad con el Convenio de Ginebra de 1951 a las personas que solicitan asilo por motivos de persecución o miedo de persecución en sus países de origen.
- » **Asilo constitucional:** este derecho está consagrado por la Constitución francesa de 1946 (línea 4 del Preámbulo), la cual establece que el asilo será concedido a las personas perseguidas por causa de sus acciones en favor de la libertad.
- » **Solicitantes de asilo:** este estatus se concede a las personas que han presentado solicitud de asilo y durante el periodo en que esperan la concesión del estatus de refugiado.

Las principales agencias encargadas del sistema de asilo francés son:

- » **OFPPRA**, oficina francesa para la protección de refugiados y apátridas.
- » **CNDA**, Tribunal Nacional para el Derecho de Asilo.
- » **OFII**, agencia encargada especialmente del DNA y de encontrar y suministrar alojamiento y apoyo material a los solicitantes de asilo. El DNA es el sistema nacional francés de acogida para refugiados y solicitantes de asilo, administrado por el OFII (Oficina Francesa para la Inmigración e Integración). El sistema nacional incluye múltiples participantes, algunos de los cuales no son gubernamentales.

Instituciones gubernamentales de asilo: OFII, OFPPRA, CNDA.

Participantes no gubernamentales:

- » Operadores de refugiados: FTDA, Coallia, Samu Social (Emaús), Groupe SOS.
- » Principales ONG de París, encargadas de la recepción y/o de la orientación inicial: Cimade, GISTI, FTDA, JRS, Groupe SOS, Anafé, gestores de PADA.

Ficha 1

Entidades públicas e instituciones de derecho común:

- » Municipio de París (Villas de París).
- » HCE (Alta Comisión Nacional para la igualdad entre mujeres y hombres);
- » AH-HP (hospitales de París).
- » ASE (servicios de protección a la infancia).
- » Organizaciones internacionales: ACNUR, Francia.

A su llegada a Francia, los migrantes tienen 90 días para presentar la solicitud de asilo. De ellos se encargan inicialmente los centros CAO (Centros de Acogida y Orientación), donde reciben ayuda en los procedimientos administrativos..

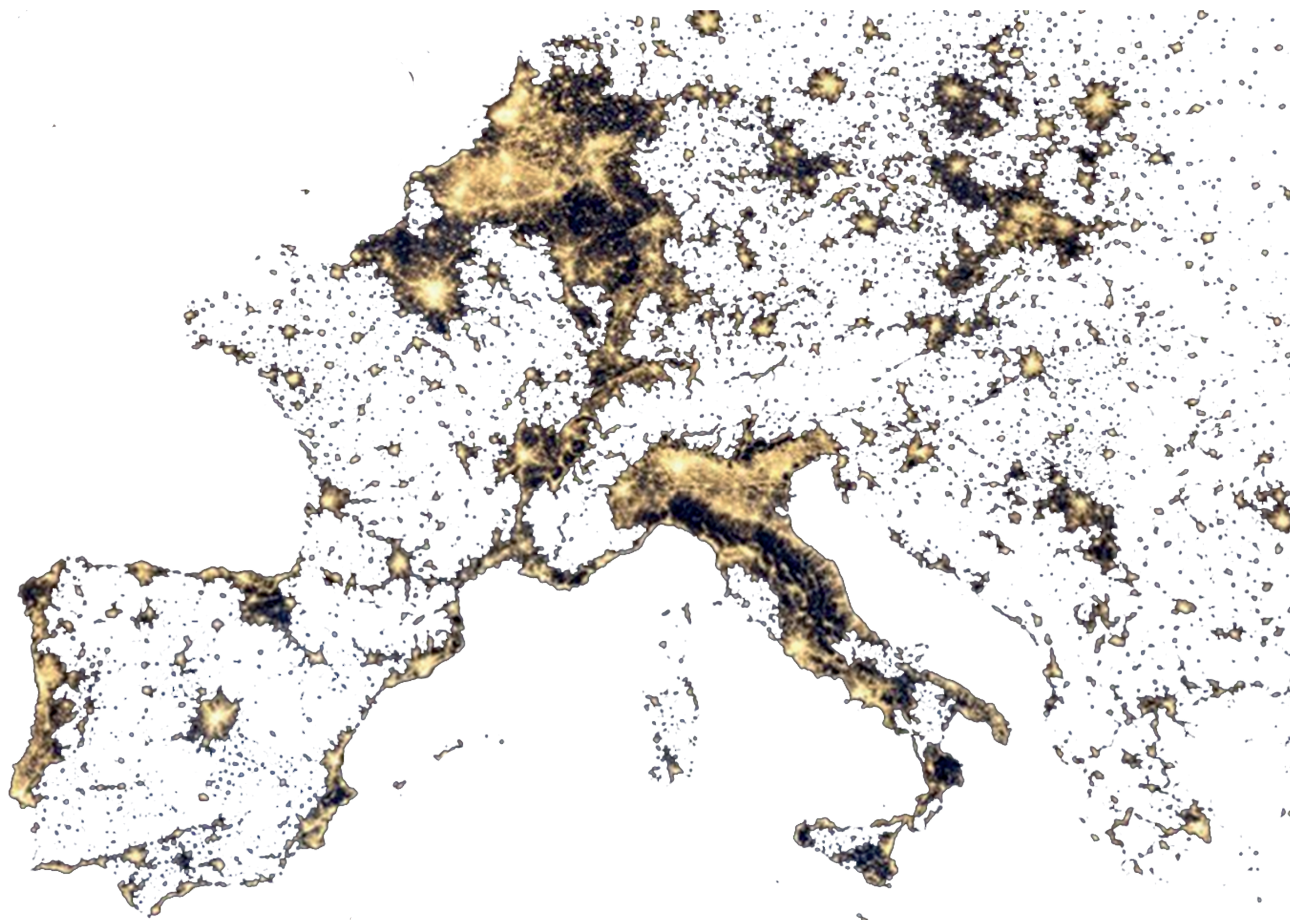
Sistema de acogida español



España se ha convertido en una de las áreas más importantes de Europa para la acogida de migrantes y refugiados, no solo por su ubicación geográfica, sino también por sus recientes políticas sociales y la posición del gobierno en relación con la acogida de los refugiados. El sistema de acogida español está organizado en diferentes Centros de Acogida para Refugiados (CAR), que son instituciones públicas que suministran alojamiento y asistencia psicosocial primaria, además de otros servicios sociales enfocados en facilitar la convivencia y la integración con los solicitantes de asilo o refugiados en España. La actual ley española sobre asilo, aprobada en 2009, incluye la persecución por razones de género y por orientación sexual como motivo de asilo. Los refugiados de género tienen los mismos derechos de pedir asilo y la misma protección de las personas en fuga por un conflicto armado, pero es necesario mejorar el acceso al asilo para estas personas, especialmente en los pasos de frontera y en los CIE (Centros de Identificación y Expulsión) para brindarles mayor seguridad (Ramírez, 2016).

En Andalucía, desde el 19 de diciembre de 2017, los solicitantes de asilo, los apátridas y los refugiados pueden tramitar un ingreso mínimo para la integración social, sin necesidad de suministrar pruebas de registro por un determinado periodo. A pesar de eso, los retrasos y la demora en el pago son normales. El Departamento de Justicia y Relaciones Exteriores y la Dirección General para la Coordinación de las Políticas Migratorias (Consejería de Justicia e Interior de la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias) administran la política de asistencia social para los migrantes y la población refugiada de Andalucía.

Otra organización importante es el Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones. Sin embargo, ninguno de ellos considera el concepto de “violencia de proximidad” específicamente o como categoría de análisis. El sistema de protección contra la violencia de género a nivel local comprende las prefecturas, la policía local, la guardia civil, los municipios locales y los centros de salud.



Ficha 2

Buenas prácticas de acogida

Políticas inclusivas

Las políticas inclusivas deben orientarse hacia un trabajo enfocado en el empowerment, ofreciendo a cada mujer (y hombre) la posibilidad de autodeterminación y proyectando un futuro mejor para ella/el. Estas políticas inclusivas deberían estar estrictamente vinculadas a la lucha contra la violencia de género y de proximidad, y basarse en una fuerte sinergia entre los diversos actores comprometidos y en una relación de colaboración activa entre el Estado, las provincias y los municipios.

El rechazo de la desigualdad de género debería ser una característica esencial de cualquier proyecto dirigido a la reforma social global, suministrando un lazo vinculante entre ética y economía, entre la búsqueda de bienestar y la libertad de elección y una confrontación entre intereses, valores y objetivos, de manera que favorezcan el fortalecimiento de las diferencias y el rechazo de los modelos propuestos como indiscutibles y universales.

Buenas prácticas de acogida en Lombardía



El municipio de Milán invierte en la integración sin descuidar la experiencia de los servicios transversales dentro de los CAS, como la formación de los operadores, el aprendizaje del idioma italiano, la introducción en el conocimiento del territorio y de los servicios por parte de los migrantes al iniciarse en el trabajo. En el territorio milanés se constata una acción institucional bastante activa y positiva por parte de la municipalidad.

Entre las buenas prácticas presentes en el área de Milán, mencionamos el nuevo proyecto de la “Casa para Mujeres Maltratadas”. Esta asociación recibió como donación una casa grande que se convirtió en una estructura hospitalaria para mujeres solicitantes de asilo y refugiadas víctimas de violencia. El proyecto ejecuta un recurso de autonomía y empowerment de las mujeres para permitirles salir del contexto de violencia. El municipio de Milán inauguró recientemente la “Casa Chiaravalle”, una propiedad confiscada a la mafia, con capacidad para hospedar hasta 50 mujeres. El proyecto prevé acogida y procesos de autonomía para las mujeres migrantes víctimas de violencia y su ubicación en la vida y en el tejido social. Igualmente, la cooperativa “La Strada”, que trabaja en la acogida generalizada.

Digno de mención es el modelo de acogida de la cooperativa “Lotta Contro l’Emarginazione”, asociación que hospeda mujeres víctimas de trata de personas y de violencia. El staff aplica un modelo “mixto” de acogida; es decir, que utiliza tanto el centro residencial como el modelo de “acogida generalizada” que proporciona apartamentos situados en toda el área. A su llegada, los migrantes permanecen en la estructura central, donde un equipo multiprofesional se encarga de ellos.

En el territorio milanés y sus alrededores (área metropolitana) existe una red de servicios intensa y efectiva. Representantes de muchas instituciones y organizaciones forman parte de esta red (pacto por la ciudad) y trabajan en cooperación con todos los servicios. Eso significa que cuando se presentan mujeres o personas vulnerables, los operadores saben a quién dirigirse y cómo activar la red de servicios: hospitales, servicio de etnopsiquiatría, administración local, servicios educativos, centros antiviolencia y ayuda para la violencia sexual y doméstica.

Desde el año 2013 el municipio de Milán ha administrado la “Red milanesa para vulnerables y solicitantes titulares de protección internacional” con el objetivo de garantizar servicios de protección y asistencia, así como fortalecer las redes y la colaboración entre todos los sujetos involucrados.

La Ayuda contra la Violencia Sexual y Doméstica es un centro público de excelencia contra la violencia en la ciudad de Milán, dirigido a todas las víctimas de violencia, de cualquier sexo y edad. Activo desde 1996, es un servicio que tiene como objetivo ofrecer información, acogida y asistencia sanitaria médica y legal, apoyo psicológico y social para el tratamiento del trauma vinculado a la violencia sufrida. El centro dispone de un equipo multidisciplinario compuesto por ginecólogos, médicos legales, neuropsiquiatras infantiles, psiquiatras, enfermeros, obstetras, asistentes sociales y psicólogos. Todos los operadores están capacitados para recibir a las víctimas de violencia y garantizar un recurso individualizado.

El Instituto Europeo de Psicotraumatología trabaja con su personal en los centros CAS y SPRAR, donde tiene a disposición un grupo de expertos en psicotraumatología y especialistas en la gestión de desastres. El servicio suministra:

- » Triage psicotraumatológico de las víctimas.
- » Programación de intervenciones según los protocolos internacionales de psicología de desastres.
- » Tratamiento oportuno posterior a la exposición para los sobrevivientes.
- » Intervención para el duelo traumático para apoyar a los familiares de las víctimas.
- » Apoyo psicotraumatológico para los heridos hospitalizados y sus familias.
- » Intervenciones de prevención y salud programados para los socorristas.
- » Apoyo a los funcionarios de la comunicación pública en temas de comunicación de emergencia y técnicas de prevención del pánico.

La comunidad “Montana della Valsassina, Valvarrone, Val d'Esino y Riviera” desarrolló un modelo que suministra indicadores que ayudan a los operadores de los centros a identificar elementos clave que indican posibles situaciones de

Ficha 2

violencia. Un ejemplo significativo respecto al tema tiene que ver con “una mujer inmigrante víctima de violencia que fue tratada, de manera sinérgica, por el municipio del cual era huésped en un centro de acogida, desde un centro contra la violencia. Los primeros días fue trasladada a un hotel, con la ayuda de la policía, y posteriormente fue ubicada en un apartamento seguro. Hoy en día esta joven salió de sus condiciones de violencia, obtuvo protección humanitaria y tiene un contrato de trabajo”.

La Cruz Roja de Bresso adoptó un modelo basado en el trabajo en equipo multidisciplinario (psicólogos, asistentes sociales, representantes legales, educadores, profesores de italiano, intermediarios culturales y operadores). Los huéspedes de los centros están constantemente monitoreados y si se presentan casos en los cuales los traumas no logran superarse, el procedimiento consiste en contactar el centro de etnopsiquiatría adscrito al centro psicosocial de Cinisello Balsamo.

Buenas prácticas de acogida en Toscana

En Toscana, los solicitantes de asilo y refugiados, en casos de evidente violencia, son ayudados por el personal de los CAS y de los SPRAR, donde reciben información acerca de:

- » Servicios sanitarios.
- » Centros contra la trata de personas.
- » Lugares adonde dirigirse para buscar ayuda psicológica.
- » Centros contra la violencia.
- » Abogados y estaciones de policía.

En 2016, los centros contra la violencia de Toscana participaron en el proyecto SAMIRA, cuyo objetivo es mejorar la identificación y la calidad de la asistencia puesta a disposición de mujeres y menores de edad migrantes, víctimas de violencia sexual y de trata de personas.

El proyecto SAMIRA implementó las siguientes actividades:

- » Estudio cualitativo de las necesidades y factores de riesgo de las mujeres y niños que llegan a Italia a través de la ruta de Libia.
- » Un curso de capacitación dirigido a mejorar los conocimientos y las habilidades de los operadores de los centros contra la violencia.
- » La elaboración de un modelo de buenas prácticas y métodos de trabajo para la identificación inmediata, la ayuda efectiva y la remisión/orientación de las víctimas.

En los últimos años se inauguró un CAS para mujeres víctimas de trata de personas y solicitantes de asilo. El CAS, administrado por la agencia contra la trata de personas, está compuesto por “operadores capacitados para trabajar en contacto directo con las mujeres extranjeras vulnerables”.

El programa SPRINT de etnopsicología está administrado por un equipo de psicólogos, antropólogos e intermediarios culturales que apoyan a los solicitantes de asilo y refugiados víctimas de abusos, traumatizados o afectados de vulnerabilidad mental. Los traumas se tratan de manera intercultural, favoreciendo la comprensión de la violencia experimentada desde el punto de vista personal, cultural y social del



inmigrante. Una unidad móvil que viaja por toda la región ha implementado este programa en coordinación con el sistema de salud pública (departamentos de salud mental) que lo apoya.

Medicina legal brinda un importante apoyo al trabajo que desempeñan los operadores legales. Ayuda a verificar las lesiones físicas provocadas, incluidas las causadas por tortura, violencia y abusos sufridos por los solicitantes de asilo en sus países de origen o durante su viaje a Italia.

Buenas prácticas de acogida en el área de París

Aquí relacionamos una lista de prácticas a gran escala, prácticas centralizadas promovidas por políticas públicas y prácticas individuales (de base) que pueden instituirse localmente.



Asistencia sanitaria

Los migrantes tienen acceso a la cobertura sanitaria estatal y a la asistencia sanitaria a través de dos modalidades: la Couverture Maladie Universelle (CMU o cobertura sanitaria universal), destinada a los solicitantes de asilo que pueden demostrar que poseen un récépissé (certificado de solicitud de asilo). Si una persona gana menos de € 648 al mes, puede beneficiarse del seguro de salud gratuito (CMU-C), pero deben disponer de una cuenta bancaria, requisito que generalmente los solicitantes de asilo no tienen. El Aide Médicale d'État (AME o Asistencia Médica Estatal) es accesible a los migrantes que no tienen un estatus jurídico específico y/o a los cuales les fue negado el asilo, con la condición de que estén presentes en territorio francés desde al menos tres meses.

Además, hay centros de atención médica llamados PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), localizados dentro de los hospitales públicos de París y disponibles para todas aquellas personas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, aislamiento y/o en dificultades económicas críticas.

Alojamiento

La falta de lugares de alojamientos adecuados representa uno de los principales problemas cuando se tienen que afrontar casos de refugiados víctimas de violencia de género. Actualmente hay solo un CADA en Francia, destinado exclusivamente a mujeres, donde se les ofrece ayuda. La mayoría de ellas sufre traumas ocasionados por violencia pasada o actual. En el caso de LGBT (lesbianas, gais, bisexuales y transgéneros) no existe un sistema de alojamiento destinado a ellos, a excepción de París, donde Ardhis (Association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et trans à l'immigration et au séjour) empezó a ocupar apartamentos en áreas de social housing y convertirlas en “casas-apartamentos” para refugiados LGBTI.

Una oficina única para atender los casos de violencia de género

En los últimos años se han desarrollado instrumentos nacionales para facilitar un intercambio de información más eficiente entre las organizaciones, el público en general y las víctimas de violencia de género: una página web oficial del Gobierno (www.stop-violences-femmes.gouv.fr) ofrece información general sobre la violencia

Ficha 2

de género y sus diferentes formas. El centro Hubertine Auclert cubre la gran región de París, enumera las ONG y sus áreas de especialización y de acción y suministra mapas de los refugios para mujeres, horarios de atención help-desk y grupos de apoyo.

El CADA, administrado por Coallia en el norte de París, ejerce una política de los recursos humanos relevantes para el género. Además, el director organiza reuniones periódicas para todo el equipo a través de las cuales todos pueden discutir los casos sobre los cuales están trabajando, ofreciendo y obteniendo feedback.

Buenas prácticas de acogida en Andalucía

El documento “Asilo y protección internacional. La situación de los refugiados” (2015), adopta una posición en materia de trata de personas, mutilación genital femenina, matrimonios forzados, etc., y explica algunas buenas prácticas para garantizar un desarrollo adecuado de los servicios de acogida. El documento hace énfasis en que:

- a. Durante la fase previa a la entrevista, es importante identificar a las personas que requieren solicitar protección internacional.
- b. Durante la preparación de la solicitud formal es indispensable explicarle el procedimiento al refugiado en un lenguaje simple y claro.
- c. Cuando se redacta el expediente es necesario contactar al instructor del caso, además del ACNUR, e investigar la violencia experimentada en el país de origen.
- d. Durante la fase de resolución del expediente es necesario transmitir los puntos de base de la resolución e indicar cuáles fueron utilizados para tomar una decisión; solicitar medidas preventivas y suministrar los informes solicitados.

El hospital Alto Guadalquivir de Andújar se encuentra ubicado en la provincia de Jaén. Su programa se basa en el de la Organización Mundial de la Salud (1996), respecto a la violencia de género como un problema de salud pública. Esta Comisión fue promovida por el personal de enfermería del hospital y se extendió a otros profesionales como asistentes sociales, personal de las fuerzas de seguridad, profesionales de la administración local y expertos del Instituto Femenino.

En *Granada*, en 2018 se introdujo un “Protocolo de emergencia para recibir migrantes” (PECOL, 2018). Este programa fue promovido por la administración local, en colaboración con 46 instituciones públicas y privadas, cuyo objetivo es la acogida positiva de migrantes y refugiados que llegan a Granada. Una vez que el programa “Sea Rescue” encuentra un barco y salva a las personas a bordo, las conduce a tierra. El puerto de Granada (Motril) es el principal destino de estos barcos. En coordinación con la Cruz Roja, se alertan las cuadrillas de primeros auxilios para organizar la asistencia humanitaria que se suministrará. El personal específico asiste a las mujeres y evidencia signos de violencia para informar a la Policía y después transferir a las mujeres a los centros de acogida. Sin embargo, las entrevistas por lo general las hacen agentes de policía de sexo masculino, lo que dificulta que las mujeres suministren información o no tengan la valentía para establecer una relación de confianza que les permita hablar de las persecuciones sufridas; es algo verdaderamente difícil, incluso cuando la entrevista la conduce una mujer. (CEAR, 2017).

Ficha 3

Aspectos críticos y perspectivas

- » Uno de los principales aspectos para mejorar es la capacitación especializada en la atención de migrantes víctimas de violencia de proximidad.
- » Asumir la responsabilidad de los migrantes víctimas de violencia podría mejorar si los operadores encargados de inmigración y de violencia de proximidad y de género tuvieran conocimientos básicos adecuados, ya que, con frecuencia, durante los estudios estos problemas se abordan de manera marginal.
- » Además de la formación, la eficacia de la red debería ser mejorada con la inclusión de profesionales capacitados para intervenir como intermediarios culturales, especialmente en hospitales y estaciones de policía.
- » Infortunadamente, en el sector médico/sanitario en general la calidad de la capacitación en lo que respecta a las habilidades profesionales requeridas para suministrar asistencia a los migrantes aún es limitada.
- » Otro tema crítico lo determina la escasa colaboración entre instituciones, centros de acogida para migrantes y servicios sociales y sanitarios.
- » Se evidencia, igualmente, la dificultad en manifestar la violencia sufrida por parte de los solicitantes de asilo y refugiados (mujeres, hombres y niños). Se hace necesario activar rutas de sensibilización, tanto para las víctimas, como para los operadores.
- » Las dificultades administrativas y legales encontradas en el momento en que se trata de acceder a la protección del asilo son importantes: condiciones de vivienda, retardos administrativos, incertidumbre en lo que respecta a la solicitud de asilo y a su futuro en Europa son factores que agravan aún más la situación de los refugiados que ya experimentaron un trauma.
- » La violencia pasada y presente, así como la violencia indirecta (victimización secundaria) infligida por el Sistema, pueden favorecer el aislamiento, la retirada o la pérdida de confianza en sí mismos (Centre Primo Levi, Médecins du Monde, 2018). Esta “victimización secundaria” se debe a la falta de apoyo sistemático por parte de las instituciones y/o a la falta de conocimiento del problema por parte de los profesionales (Bautista Cosa, 2018).
- » El psicotrauma también puede extenderse por las modalidades de recepción (o por la ausencia de acogida y asistencia dentro del sistema): las condiciones de acogida difíciles pueden agravar los trastornos de estrés postraumático y depresión. El COMEDE (Comité pour la Santé des Exilés) calcula que el 27% de los pacientes tratados entre 2012 y 2017 han tenido pensamientos suicidas durante la terapia.
- » El COMEDE estima que el periodo promedio de mejoría psicológica puede tardar hasta 15 meses dependiendo del género y del origen del paciente, pero cuando el periodo legal para la presentación de una solicitud de asilo es de 90 días y de 15 para una apelación, esto podría tener consecuencias devastadoras para la salud y la vida de estas personas.

El caso

Resistencia y resiliencia

La violencia es un hecho estructural, pero también es una cuestión de compartir los contextos y la dinámica de la violencia con las mujeres migrantes y los operadores. Se trata, al menos, de ofrecer a las mujeres y víctimas de la violencia la oportunidad de comprender la dinámica y las formas de violencia y la posibilidad de elegir si se someterá o no a un proceso de tratamiento. Una pregunta hecha por un psiquiatra entrevistado durante la investigación de PROVIDE (Lombardi 2019a), se refiere a la posibilidad y a la capacidad de las mujeres migrantes de reaccionar y liberarse del círculo de la violencia:

Entonces, me pregunto: ¿cómo puedo imponer un camino de autonomía a una persona que ha sido esclavizada durante mucho tiempo? Propongo un camino de autonomía que ella no es capaz de enfrentar. Quizás en diez años veamos resultados; quizás no reproducirá la misma dinámica de la violencia sufrida con sus hijas. Sin embargo, ¿qué esperamos lograr en seis meses? Por lo tanto, los operadores se sorprenden cuando una mujer, después de un largo proceso de tratamiento, después de finalmente poder obtener el estatus de refugiada, no hace nada para aprovechar estos beneficios. ¡El hecho es que esta mujer ha sido esclavizada desde los cinco años! (PFG No. 4, psiquiatra, mujer).

La violencia es un fenómeno social, un proceso que pasa del conocimiento a la competencia cultural, "por lo que debemos equiparnos con el respeto a la diferencia". Hay formas de violencia que no se pueden curar y, sin embargo, las mujeres aún tratan de vivir una vida "normal": trabajan, tienen hijos. Una psicóloga cuenta la historia de una mujer, abusada por su padre desde la edad de cuatro años, que huyó durante su adolescencia y llegó a Italia. Entonces, cuando quedó embarazada, los servicios sociales se hicieron cargo de ella y del niño.

Ahora su hijo tiene ocho años y los servicios sociales nunca han comenzado a brindarle apoyo parental. Las mujeres como esta a menudo están solas, no tienen una red de padres, ninguna persona que actúe como referente, por lo que es importante activar un servicio de apoyo parental. Las mujeres lo necesitan porque requieren empowerment económico. Ellas quieren trabajar. El hogar y el trabajo son los principales pasos hacia la autonomía (PFG n. 5, psicólogo, mujer)..

Las mujeres migrantes muestran una fuerte capacidad de resistencia y resiliencia; conocen modelos de atención y prácticas europeas y aprenden a usarlos en su favor. "Entonces quizás deberíamos buscar puntos de contacto en lugar de diferencias. Si trabajamos en esta dirección, no propondremos modelos atribuibles a una meta sino a prácticas comunes multifacéticas "(PFG No. 4, psiquiatra, mujer). (Lombardi 2019a).

Apéndice

Laws and act

- » *Refugee Convention Ginevra - 28 July 1951.*
- » *Schengen Agreement on the gradual abolition of checks at their common borders- 14 June 1985.*
- » *Trattato di Amsterdam, amending the Treaty on European Union, the Treaties establishing the European Communities and certain related acts - 2 October 1997.*
- » *Tampere European Council on the establishment of an Area of Freedom, Security and Justice– 15/16 October 1999.*
- » *Charter of the Fundamental Rights of the European Union - 7 December 2000, adopted on 12 December 2007.*
- » *Regulation (EC) No 562/2006 of the European Parliament and of the Council of- 15 March 2006.*
- » *Regulation (EU) 2016/399 of the European Parliament and of the Council - 9 March 2016.*
- » *Dublin Convention – 15 June 1990.*

European Directives

Reception Conditions Directives:

- » *Directive 2003/9/CE laying down minimum standards for the reception of asylum seekers.*
- » *Directive 2013/33/UE laying down standards for the reception of applicants for international protection.*

Qualification Directives:

- » *Directive 2004/83/ECof on minimum standards for the qualification and status of third country nationals or stateless persons as refugees or as persons who otherwise need international protection and the content ofthe protection granted.*
- » *Directive 2011/95/UE on standards for the qualification of third-country nationals or stateless persons as beneficiaries of international protection, for a uniform status for refugees or for persons eligible for subsidiary protection, and for the content of the protection granted.*

Asylum Procedures Directives:

- » *Directive 2005/85/CE on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing refugee status.*
- » *Directive 2013/32/UE on common procedures for granting and withdrawing international protection.*

Bibliografia y sitios web

- AAV (2017), *I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri d'accoglienza* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf
- Albasi C. (2006), *Attaccamenti traumatici*, UTET, Torino.
- Albasi C. (2009), *Psicopatologia e ragionamento clinico*, Raffaello Cortina, Milano.
- Allen, J. R. (2006), "Oklahoma City ten years later", in *Transactional Analysis Journal*, 36 (2), pp.120-133.
- Allen, J. R., Bennet, S., & Kearns, L. (2004), "Psychological mindedness: A neglected developmental line in permission to think", in *Transactional Analysis Journal*, 34 (1), pp. 3-9.
- American Psychiatric Association (2007), DSM IV - TR - *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Edra, Milano.
- American Psychiatric Association (2014), DSM 5 - *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Aragona M., Catino E., Pucci D., Carrer S., Colosimo F., Lafuente M., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2010), "The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services", in *Journal of Traumatic Stress*, 23, pp. 615-622.
- Aragona M., Geraci S., Mazzetti M. (a cura di) (2014) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, Bologna.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2013), "Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study", in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49, pp. 169-175.
- Barois C. (1998), *Les névroses traumatiques*, Dunod, Paris.
- Bartholini I., (2012), *La violenza «orrorista» del suicidio. Tre storie spezzate*, Di Girolamo, Trapani.
- Bartholini I., (2013), *Violenza di prossimità*, FrancoAngeli, Milano.
- Bartholini I., (2019a), (Ed. by), *PROXIMITY VIOLENCE IN MIGRATION TIMES. A Focus in some Regions of Italy, France and Spain*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano.
- Bartholini I., (2019b), (Ed. by), *The PROVIDE TRAINING COURSE. Contents, Methodology, Evaluation*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano, "Forthcoming".
- Basoglu M. (2017), *Torture and its definition in international law. An interdisciplinary approach*, Oxford University Press, Oxford.
- Bateson G. (1972), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson G. (1979), *Mente e natura, un'unità necessaria*, Adelphi, Milano.
- Bautista Cosa O. (2018), *Les violences faites aux femmes demandeuses d'asile et réfugiées*, «Cahiers du social France Terre d'Asile», 40, retrieved from <http://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/violences-aegard-femmes-demandeuses-asile-et-refugiees-en-france.pdf>.
- Beneduce R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- Beneduce R. (2009), *Poteri e identità in Africa subsahariana*, Liguori, Napoli.
- Blangiardo G. (2018), *Gli aspetti statistici, Ventiquattresimo rapporto sulle migrazioni*, Fondazione ISMU, FrancoAngeli, Milano.
- Buhman C., Mortensen E.L., Lundstrom S., Ryberg J., Nordentoft M., Ekstrom M. (2014), "Symptoms, quality of life and level of functioning of traumatized refugees at Psychiatric Trauma Clinic in Copenhagen", in *Torture*, 24(1), pp. 25-39.
- Burksaityte G., Pestre G., (2018), "Praxis inventives et subjectivantes dans les camps d'exilés", in *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 25, pp. 43-60.
- Butler J., Z. Gambetti, L. Sabsay (eds.) (2016), *Vulnerability in resistance*, Duke University Press, London.
- Carroppo E. (2007), *Salute mentale, migrazione e pluralismo culturale*, AlpesItalia, Roma.
- CEAR (2018), Informe 2018. *Las personas refugiadas en España y en Europa*, CEAR, Madrid, retrieved from <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2018/06/Informe-CEAR-2018.pdf>.
- Centre Primo Levi, Médecins du Monde (2018), *La souffrance psychique des exilés – une urgence de santé publique*, retrieved from <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/06/18/la-souffrance-psychique-des-exiles>.
- Chaumon F., Ménégini V. (a cura di) (2005), *La chose traumatique*, L'Harmattan, Paris.
- Cherniss C. (1980), *La sindrome del burnout*, CST, Torino.
- CIMADE (2017), *Cartographie de la demande d'asile en 2017*, retrieved from <https://www.lacimade.org/cartographie-de-demande-dasile-2017/>
- Collins, R. (2008). *Violence: a micro-sociological theory*, Princeton: Princeton University Press
- COMEDE (2018), *Rapport d'activité et d'observation 2018*, retrieved from <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>

- Coppo P. (2014) *Etnopsichiatria: ragionare sull'alterità*, Relazione presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Genova.
- Crepet A., Rita F., Reid A., Van den Boogaard W., Deiana P., Quaranta G., Barbieri A., Bongiorno F., Di Carlo S. (2017), "Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015. A descriptive study of neglected invisible wounds", in *Conflict and Health*, (2017), pp. 1-11.
- Crenshaw K. (1991), *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*, «Stanford Law Review», 43(6), pp. 1241- 1299.
- Dahoun Z. (1998), *L'entre deux : une métaphore pour penser la différence culturelle*, Paris, Dunod.
- Dayan M. (1995), *Trauma et devenir psychique*, PUF, Paris.
- Declich F. (2017), "Violenza di genere e conflitti: considerazioni antropologiche", in *Dada Rivista di Antropologia post-globale*, 1, pp. 135-156.
- Del Guercio A. (2018), "Persecuzione e violenza di genere. Quando sono le donne a chiedere asilo", in *Rassegna di Diritto Pubblico Europeo*, XVII, 1, pp. 151-186.
- DeMicco V. (2017), *Migrare: sopravvivere al disumano*, in Rivista di Psicoanalisi n.4/2017.
- Devereux G. (1970), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma.
- Devereux G. (2014), *Etnopsicanalisi complementarista*, FrancoAngeli, Milano.
- Di Cesare D. (2016), *Tortura*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Douville O., (1990), "D'une position traumatique de l'étranger", in *Cahiers Intersignes «Entre psychanalyse et Islam»*, 1, pp. 91-103.
- Douville O., Galap J. (1999), "Santé mentale des migrants et réfugiés de France", in *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie*, Elsevier, Paris.
- Edwards A.(1987), "Male Violence in Feminist Theory: an Analysis of the Changing Conceptions of Sex/Gender Violence and Male Dominance.", in Hanmer J., Maynard M. (eds.), *Women, Violence and Social Control. Explorations in Sociology*, pp. 13-29, Macmillan, London.
- EIGE (European Institute for Gender Equality), (2014), Estimating the costs of gender-based violence in *the European Union*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EWL, *Time for EU action to implement gender-sensitive humanitarian response, say women's organisations*, European Women's Lobby Press Release, Brussels, 2 June 2016. (<http://www.womenlobby.org/Time-for-EU-action-to-implement-gender-sensitive-humanitarian-response-say?lang=en>)
- Fanon F. (2015), *Pelle nera, maschere bianche*, Edizioni ETS, Pisa.
- Farmer P. (2003), *Pathologies of power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley.
- Ferenczi S., (1932), *"Confusion des langues les adultes et l'enfant"*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- Ferenczi S., (1934), *"Réflexions sur le traumatisme"*, in Œuvres complètes, Tome IV, Payot et Rivages, Paris.
- FRA – Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali (2014), *Violenza contro le donne: un'indagine a livello di Unione europea* http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_it.pdf
- FRA- European Union Agency for Fundamental Rights (2018), *Migration to the EU: five persistent challenges*, February 2018.
- Frankl, V. (1959), *Man's searching for meaning*, Washington Square Press, New York.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, 2006, Utet
- Garcia-Moreno C., Jansen H., Ellsberg M., Heise L., Watts C. (2006), *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence*, «Lancet», 368, retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69523-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69523-8/fulltext).
- Goffman E. (1976), *Gender Advertisements*, Harvard University Press, Cambridge.
- Hassoun J. (1994), *Les contrebandiers de la mémoire*, Erès, Toulouse.
- Huguet M. (1997), "Exil intérieur et ennui", in *Psychologie Clinique*, Nouvelle Série, 4, pp. 11-23.
- Kristeva J. (1988), *Etrangers à nous-mêmes*. Fayard, Paris.
- INMP, *Paziente multietnico*, April 2016. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/pazientemultietnico-0>.
- ISTAT, (2015), *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*, ISTAT, Presidenza Consiglio dei Ministri, Dip. P. O., Roma.
- Leblanc G. (2010), *Dedans-dehors, La condition d'étranger*, Seuil, Coll., La couleur des idées, Paris.
- Lhuillier D., Pestre E., (a cura di) (2018), "Migrants, réfugiés, exilés, créativité et accompagnements", in *Nouvelle revue de Psychosociologie*, 1 (N° 25).
- Lombardi L. (2019a), "Proximity violence against women refugees and migrants. Experiences and good practices in the Milan area", in Bartholini I. (Ed. by), *PROXIMITY VIOLENCE IN MIGRATION TIMES. A Focus in some Regions of Italy, France and Spain*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano.

Bibliografia y sitios web

- Lombardi L. (2019b), "L'implementazione metodologica del Training PROVIDE", in Bartholini I., (Ed. by), *The PROVIDE TRAINING COURSE. Contents, Methodology, Evaluation, Open Sociology*, FrancoAngeli, Milano, "Forthcoming".
- Lombardi L. (2016a), *Discriminazioni professionali e di genere in Libano: uno studio esplorativo*, in Bartholini I. (a cura di), *Radicalismi, discriminazioni e narrazioni di genere nel Mediterraneo*, FrancoAngeli, Milano, pp. 129-144.
- Lombardi L. (2016b), *La violenza contro le donne, tra riproduzione e mutamento sociale*, in "Autonomie locali e servizi sociali", 2/2016, pp. 211-234.
- Lombardi L. (2017), *Violence Against Refugee and Migrant Women. The Reproduction of Gender Discrimination and Inequality*, Paper Fondazione ISMU, Milano. <http://www.ismu.org/2017/05/violence-against-refugee-and-migrant-women/>
- Losi N. (2015), *Guarire la guerra. Storie che curano le ferite dell'anima. Esperienze di uno psicoterapeuta*. L'Harmattan Italia, Torino.
- Mantovani G. (1998), *L'elefante invisibile*, Giunti, Firenze.
- Massa R. (1997), *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari
- Mazzara B. M. (2004), *Prospettive di psicologia culturale*, Carocci, Roma
- Mazzetti M. (2003), *Il dialogo transculturale*, Carocci, Roma.
- Mazzetti, M. (2003), *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sociali e altre professioni d'aiuto*, Carocci, Roma.
- Mazzetti, M. (2008), "Trauma and migration: a transnational analytic approach towards refugees and torture victims", in *Transnational Analysis Journal*, 38 (4), pp. 285-302.
- McWilliams N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma
- Momartin S., Steel Z., Coello M., Aroche J., Silove D.M., Brooks R. (2006), "A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas", in *Medical Journal of Australia*, 185, pp. 357-361.
- Moro M.R., De La Noe Q., Mouchenik Y., Baubet T. (2004), *Manuale di psichiatria transculturale*, Franco Angeli, Milano.
- Nathan T. (1996), *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (1996), *Principi di Etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nosè M., Turrini G., Imoli M., Ballette F., Ostuzzi G., Cucchi F., Padoan C., Ruggeri M., Barbui C. (2018), "Prevalence and correlates of psychological distress and psychiatric disorders in asylum seekers and refugees resettled in an Italian catchment area", in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(2), pp. 263-270.
- O'Conghaile A., DeLisi, E. (2015), "Distinguishing schizophrenia from post traumatic stress disorder with psychosis" in *Current Opinion in Psychiatry*, 2015 May; 28(3), pp. 249-255.
- Papadopoulos, R. K. (2007), "Refugees, trauma and adversity-activated development", in *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9 (3), pp. 301-312.
- PDM Task Force (2006), PDM. *Manuale diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pestre E. (2010), *La vie psychique des réfugiés*, Payot et Rivages, Paris.
- Pestre E. (2015) "L'expatriation du sujet. Entre nostalgie de la langue des origines et quête de l'étranger", in *Figures de la psychanalyse, La psychanalyse et les mondes contemporains*, 30, pp. 215-219.
- Pestre E., Benslama F. (2011), "Traduction et traumatisme", in *Recherches en Psychanalyse* Revues, 1, pp. 18-28.
- Petta A.M., (2019), *Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma*. Associazione Crossing Dialogues, Roma.
- Pinelli B. (2017), "Salvare le rifugiate: gerarchie di razza e di genere nel controllo umanitario delle sfere d'intimità", in Mattalucci C. (a cura di) *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 155-186.
- Pinelli, B. (2013), "Silenzio dello stato, voce delle donne. Abbandono e sofferenza nell'asilo politico e nella sua assenza", in *Antropologia*, anno XII n.15, pp. 85-108.
- Razack S., Smith M., Thobani S. (2011), *States of Race: Critical Race Feminism for the 21st Century*, Between the lines, Toronto.
- Rigo E. (2016), "Donne attraverso il Mediterraneo. Una prospettiva di genere sulla protezione internazionale", in *Notizie di Politeia*, XXXII, 124, pp. 82-94.
- Risso M. (1982), *A mezza parete: emigrazione, nostalgia e malattia mentale*, Einaudi, Torino.
- Romito P. (2000), *La violenza di genere su donne e minori*, FrancoAngeli, Milano.
- Santinello M., Furlotti R., (1992), *Servizi territoriali e rischio di burnout*, Giuffrè, Milano.
- Save the Children (2015), *Piccoli schiavi invisibili. Le giovani vittime di tratta e sfruttamento*, Save the Children, Roma.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Raffaello Cortina,

Milano.

Sironi F. (2001), *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*, Feltrinelli, Milano.

Sironi F. (2010), *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*, Feltrinelli, Milano.

Steel Z., Momartin S., Silove D., Coello M., Aroche J., Tay KW. (2011), "Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies", in *Social Science and Medicine*, 72, pp. 1149-1156.

Tarricone I., Boydell J., Kokona A., Triolo F., Gamberini L., Sutti E., Marchetta M., Menchetti M., Di Forti M., Murray R.M., Morgan C., Berardi D. (2016), "Risk of psychosis and internal migration: Results from the Bologna First Episode Psychosis study", in *Schizophrenia Research*, 173, pp. 90-93.

Tarsitani L., Pasquini M., Maraone A., Zerella M.P., Berardelli I., Giordani R., Polselli G.M., Biondi M., (2013), "Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: a prospective concurrent study", in *International Journal of Social Psychiatry*, 59, pp. 613-618.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996), "The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma", in *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), pp. 455-472.

Tran Thanh J. (2019), "The system of asylum and protection for refugees victims of proximity violence in the Paris region", in Bartholini I. (Ed. by), *PROXIMITY VIOLENCE IN MIGRATION TIMES. A Focus in some Regions of Italy, France and Spain*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano.

UNHCR-UNFPA-WRC (2016), *Report warns refugee women on the move in Europe are at risk of sexual and gender-based violence*. <http://www.unhcr.org/news/press/2016/1/569f99ae60/report-warns-refugee-women-move-europe-risk-sexual-gender-based-violence.html>

Zanfrini L. (2016), *Introduzione alla Sociologia delle Migrazioni*, Laterza, Bari.

Zani B., Cicognani E., (2000), *Psicologia della salute*, Il Mulino, Bologna.

Online sources

PTM Framework

<http://www.sportellotiascolto.it/potere-power-threat-meaning-framework-disuguaglianze>

Ministry of Health brochure (2nd edition)

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_297_allegato.pdf

Videos

<https://www.youtube.com/watch?v=BJ0LzjWUgaw>

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2015/06/08/migranti-i-racconti-dei-viaggi-estenuanti-meglio-morire-una-sola-volta-che-tutti-i-giorni/1753207/>

<https://www.youtube.com/watch?v=w9Yp9hDeOik>

https://www.youtube.com/watch?v=XxxN_y2lwbA

Agradecimientos

We thank all the trainers and co-trainers who took part in implementing the training course for "Experts in proximity violence" of the PROVIDE project, and in particular:

*Massimiliano Aragona
Olga Bautista Cosa
Ignazia Bartholini
Zahia Bounab
Enrico Broglia
Vincenzo Bruno
Marcella Cavallo
Elena Conti
Matteo Contini
Maria Curia
Amaka Nwokorie
Francesca Declich
Alexandra Duthe*

*Chiara Dragoni
Issa El-Hamad
Xavier Emanuelli
Rita E. Fioravanzo
Barbara Grijuela
Alberto Guariso
Chiara Iacono
Flora Ike
Maria Nella Lippi
Alessio Lombardi
Lia Lombardi
Marco Mazzetti
Noris Morandi*

*Barbara Pinelli
Aurelie Potier
Heloise Pousse
Roberto Ranieri
Sonja Riva
Marco Sasson
Francesca Simonini
Karina Scorzelli
Ilaria Sommaruga
Massimo Somonini
Giulia Vicini
Massimiliano Vivenzio
Paola Zanotti*

We thank Giulia Vicini and Marco Sassoon for their willingness to make the video-lessons of modules 2 and 4 and the video-maker Simone Pizzi for the video shootings.
<https://www.ismu.org/provide-corso-di-formazione-per-esperti-di-violenza-di-prossimita-2018/>



Fondazione ISMU è un ente scientifico indipendente che promuove studi, ricerche, formazione e progetti sulla società multietnica e multiculturale, con particolare riguardo al fenomeno delle migrazioni internazionali. ISMU collabora con istituzioni, amministrazioni, terzo settore, istituti scolastici, aziende, agenzie internazionali e centri di ricerca scientifica italiani e stranieri.

This guide has been produced as part of the project
PRoximity On Vloence: Defence and Equity (PROVIDE) - PROG-776957
and was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020).